FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1961

# THÈSE

n° 883

POUR LE

# DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

BOCQUENTIN Francis

Né le 24 Avril 1934, à Paris

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Interne des Hôpitaux privés de Paris

---

Présentée et soutenue publiquement le : 18 Octobre 1961

---

## MISE AU POINT SUR LES ENDOMETRIOMES SIGMOIDIENS ET RECTAUX A PROPOS DE 6 OBSERVATIONS NOUVELLES

---

Président : Mr. LORTAT - JACOB, Professeur

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-Ve

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1961 n°

# THÈSE

POUR LE

# DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

BOCQUENTIN Francis

Né le 24 Avril 1934, à Paris

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Interne des Hôpitaux privés de Paris

---

Présentée et soutenue publiquement le : 18 Octobre 1961

---

## MISE AU POINT SUR LES ENDOMETRIOMES SIGMOIDIENS ET RECTAUX A PROPOS DE 6 OBSERVATIONS NOUVELLES

---

Président : Mr. LORTAT - JACOB, Professeur

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V^e

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538123_0009

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1961 N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat) par

---

BOCQUENTIN Francis, né le 24 Avril 1934 à PARIS

---

Présentée et soutenue publiquement le: 18 Octobre 1961

---

# MISE AU POINT SUR LES ENDOMETRIOMES SIGMOIDIENS ET RECTAUX A PROPOS DE SIX OBSERVATIONS NOUVELLES

---

PRESIDENT : M. LORTAT-JACOB, Professeur.

---

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

**PROFESSEURS**

1-10-1960

## PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Gastinel (P.), Guillain (G.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis, Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.).

**DOYEN** . . . . . Léon **BINET.**
*Membre de l'Institut*

**ASSESSEUR.** . . . . . Jean **VERNE.**

## I. — PROFESSEURS

| | MM. |
|---|---|
| Anatomie | DELMAS (A.) |
| Anatomie pathologique | DELARUE (J.) |
| Anesthésiologie | BAUMANN (J.) |
| Biochimie médicale | JAYLE (M. F.) |
| » » (Prof[r] à titre personnel) | ETTORI (J.) |
| » » (Prof[r] à titre personnel) | SCHAPIRA (G.) |
| Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports | CHAILLEY-BERT (P.) |
| Biologie médicale | FAUVERT (R.) |
| » » (Prof[r] à titre personnel) | BOURLIÈRE (F.) |
| Cancérologie médicale et sociale | BERNARD (J.) |
| Clinique carcinologique chirurgicale (Necker) | REDON (H.) |
| Clinique cardiologique (Broussais) | MOUQUIN (M.) |
| Cliniques chirurgicales — Beaujon | SICARD (A.) |
| Cliniques chirurgicales — Cochin | N. |
| Cliniques chirurgicales — Hôtel-Dieu | PATEL (J.) |
| Cliniques chirurgicales — Pitié | CORDIER (G.) |
| Cliniques chirurgicales — Saint-Antoine | GOSSET (J.) |
| Cliniques chirurgicales — Salpêtrière | MOULONGUET (P.) |
| Cliniques chirurgicales — Tenon | LORTAT-JACOB (J.-L.) |
| Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades) | FÈVRE (M.) |
| Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin) | MERLE D'AUBIGNÉ (R.) |
| Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) | GAUDART-D'ALLAINES (F. de) |
| Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec) | MATHEY (J.) |
| Clinique endocrinologique (Pitié) | DECOURT (J.) |
| Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades) | LAMY (M.) |
| Clinique gynécologique (Broca) | FUNCK-BRENTANO (P.) |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis) | DEGOS (R.) |
| Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades) | CATHALA (J.) |
| Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) | MOLLARET (P.) |
| Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne) | DELAY (J.) |
| Clinique des maladies métaboliques (Necker) | HAMBURGER (J.) |
| Clinique des maladies du sang (Broussais) | MARCHAL (G.) |
| Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière) | N. |
| Cliniques médicales — Boucicaut | LENÈGRE (J.) |
| Cliniques médicales — Broussais | SOULIÉ (P.) |
| Cliniques médicales — Cochin | JUSTIN-BESANÇON (L.) |
| Cliniques médicales — Cochin | BROUET (G.) |
| Cliniques médicales — Hôtel-Dieu | BARIÉTY (M.) |
| Cliniques médicales — Pitié | DREYFUS (G.) |
| Cliniques médicales — St-Antoine | KOURILSKY (R.) |
| Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat) | DEBRAY (C.) |
| Clinique médicale propédeutique (Broussais) | GENNES (L. de) |
| Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu) | DEROT (M.) |
| Clinique de neuro-chirurgie (Pitié) | DAVID (M.) |
| Clinique neurologique (Salpêtrière) | GARCIN (R.) |
| Cliniques obstétricales — Baudelocque | LACOMME (M.) |
| Cliniques obstétricales — Foch (Suresnes) | MERGER (R.) |
| Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) | VARANGOT (J.) |
| Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu) | RENARD (G.) |
| Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) | AUBRY (M.) |
| Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul) | LELONG (M.) |
| Clinique de pédiatrie Sociale (Enfants-Malades) | MARIE (J.) |
| Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec) | BERNARD (E.) |
| Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière) | MICHAUX (L.) |
| Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin) | COSTE (F.) |
| Clinique stomatologique (Pitié) | DECHAUME (M.) |
| Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) | N. |
| Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine) | LEMAIRE (A.) |
| Clinique urologique (Cochin) | N. |
| Embryologie | GIROUD (A.) |
| » (Prof[r] à titre personnel) | TUCHMANN-DUPLESSIS (H.) |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière) | SÈZE (S. de) |
| Histologie | VERNE (J.) |

| | MM. |
|---|---|
| Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau) | TURPIN (R.) |
| Hygiène et médecine préventive | JOANNON (P.) |
| » » (Profr à titre personnel) | DEPARIS (M.) |
| Médecine du Travail | DESOILLE (H.) |
| Médecine légale | PIÉDELIÈVRE (R.) |
| Microbiologie (Bactériologie et virologie) | FASQUELLE (R.) |
| Parasitologie | GALLIARD (H.) |
| » (Profr à titre personnel) | BRUMPT (L. C.) |
| Pathologie chirurgicale | COUVELAIRE (R.) |
| » » (Profr à titre personnel) | LAURENCE (G.) |
| Pathologie exotique | LAVIER (G.) |
| Pathologie expérimentale et comparée | MERKLEN (F.-P.) |
| Pathologie médicale | MILLIEZ (P.) |
| Pathologie respiratoire | TURIAF (F.) |
| Pathologie et thérapeutique générales | BOUDIN (G.) |
| Pharmacologie | CHEYMOL (J.) |
| » (Profr à titre personnel) | LÉVY (Mlle J.) |
| Physiologie | BINET (L.) |
| » (Profr à titre personnel) | BARGETON (D.) |
| » ( » » ) | PARROT (J) |
| Physiologie et pathologie obstétricale | LEPAGE (F.) |
| Physique médicale | DOGNON (A.) |
| » » (Profr à titre personnel) | DJOURNO (A.) |
| Radiologie médicale | DESGREZ (H.) |
| Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale | LÉGER (L.) |
| Thérapeutique | CONTE (M.) |

## II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

| | MM. |
|---|---|
| Anatomie | CABROL (C.)<br>COUINAUD (C.)<br>OLIVIER (G.) |
| Anatomie pathologique | GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch.<br>BUSSER (F.)<br>GOUYGOU (Ch.)<br>ORGEL (L.)<br>PAILLAS (J.) |
| Anesthésiologie | VOURC'H (G.) |
| Bactériologie | BARBIER (P.)<br>CHRISTOL (D.)<br>TOURNIER (P.) |
| Biochimie médicale | DESGREZ (P.), pr. s. ch.<br>POLONOSKI (J.), m. conf. |
| Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports | PLAS (F.) |
| Carcinologie | DENOIX (P.)<br>MATHE (G.) |
| Dermato-Syphiligraphie | DUPERRAT (B.) |
| Electro-Radiologie | LEDOUX-LEBARD (G.) |
| Hématologie | BILSKI-PASQUIER (G.)<br>DAUSSET (J.) |
| Histologie | COUJARD (R.) pr. s. ch.<br>MAROIS (M.)<br>RACADOT (J.) |
| Hydrologie | CORNET (A). |
| Hygiène | BOYER (J.), pr. s. ch.<br>CORRE-HURST (Mme L.) |
| Maladies infectieuses | BASTIN (R.)<br>DUPONT (V.) |
| Médecine légale | DEROBERT (L.), pr. s. ch.<br>HADENGUE (A.)<br>FOURNIER (E.)<br>GUENIOT (M.) |
| Médecine du travail | ALBAHARY (C.) |
| Neurologie | LHERMITTE (F.) |
| Obstétrique | GRANJON (A.)<br>HERVET (E.)<br>LE LORIER (G.)<br>MORIN (P.)<br>MUSSET (R.)<br>ROBEY (M.)<br>THOYER-ROZAT (J.) |

| | MM. |
|---|---|
| Ophtalmologie | BRÉGEAT (P.)<br>SARAUX (H.) |
| Orthopédie | JUDET (R.)<br>RAMADIER (J.) |
| Oto-rhino-Laryngologie | DEBAIN (J.) |
| Parasitologie | CHABAUD (A.) |
| Pathologie chirurgicale | BARCAT (J.)<br>BINET (J.-P.)<br>CAUCHOIX (J.)<br>CHATELIN (C.-L.)<br>DUBOST (Ch.)<br>DUBOST (Cl.)<br>FAUREL (J.)<br>FLABEAU (F.)<br>GERMAIN (A.)<br>LOYGUE (J.)<br>MERCADIER<br>PERROTIN (J.)<br>ROBERT (H.)<br>THOMERET (G.) |
| Pathologie exotique | SCHNEIDER (J.) |
| Pathologie expérimentale | CROSNIER (J.)<br>HARTMANN (L.)<br>LŒPER (J.)<br>MAURICE (J.)<br>RICHET (G.) |
| Pathologie médicale | AUSSANNAIRE (M)<br>BOUR (H.)<br>BOUVIER (J.)<br>BOUVRAIN (Y.)<br>BRICAIRE (H.)<br>BRISSAUD (H.)<br>BROCARD (H.)<br>BUGE (A.)<br>CASTAIGNE (P.), m. conf.<br>CATINAT (J.)<br>CONTAMIN (F.)<br>COURY (C.)<br>FREZAL (J.)<br>HOUSSET (E.)<br>LAROCHE (Cl.)<br>LESOBRE (R.)<br>MACREZ (C.)<br>NICK (J.)<br>PEQUIGNOT (H.) pr. s. ch.<br>ROYER (P.)<br>WOLFROMM (R.) |

| | MM. |
|---|---|
| Pédiatrie-Puériculture | JOSEPH (R.)<br>MANDE (R.)<br>MOZZICONACCI (P.)<br>POLONOVSKI (C.)<br>ROSSIER (A.) |
| Pharmacologie | BOISSIER (J.)<br>LECHAT (P.) |
| Physiologie | DEJOURS (P.) |
| Physique médicale | GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch.<br>KELLERSHOHN |
| Pneumo phtisiologie | KREIS (B.) |
| Psychiatrie | PICHOT (P.) |
| Psychiatrie infantile | DUCHÉ (D.) |
| Rhumatologie | DELBARRE (F.) |
| Stomatologie | CERNÉA (P.)<br>CHAPUT (Mme A.), m.c. agr.<br>GRELLET (M.) |
| Thérapeutique | CHASSAGNE (P.)<br>LAMOTTE (M.) |
| Urologie | QUENU (L.) |

## III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

| | MM. |
|---|---|
| Anatomie | DEBEYRE |
| Clinique chirurgicale | ABOULKER (P.)<br>AMELINE (A), pr. s. ch.<br>HUGUIER (J.)<br>OLIVIER (C.)<br>PADOVANI (P.)<br>POILLEUX (F.)<br>ROUX (M.)<br>VERNE (J.-M.) |
| Clinique médicale | DOMART (A.)<br>PERRAULT (M.)<br>RAMBERT (P.)<br>THIEFFRY (S.) |
| Clinique obstétricale | GRASSET (J.)<br>MAYER (M.)<br>RAVINA (J.) |
| Clinique ophtalmologique | DESVIGNES (P.)<br>OFFRET (G.) |
| Clinique oto-rhino-laryngologique | MADURO (R.) |
| Clinique pédiatrique et puériculture | LAPLANE (R.) |
| Clinique psychiatrique | BARUK (H.) |
| Clinique urologique | KUSS (R.) |
| Médecine légale | GAULTIER |

## IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie . . . . . HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.

Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J.) Pr. s. ch.

## V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . M. LENA (J.)

Secrétaires . . . . . Mme BEURLAND (H.), Mlle CHAINTREUIL (G.), Mme ROCHE (L.)

Conservateur en Chef . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateur . . . . . Mlle DUMAITRE (P.)

Bibliothécaires . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.),
Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A la Mémoire de MON PERE,

le Docteur André BOCQUENTIN

A MA MERE,

En témoignage de ma profonde affection.

A MA FEMME,

A MES ENFANTS,

A la Mémoire de MON GRAND-PERE,
le Docteur M. DUCOSTE,

A TOUTE MA FAMILLE,

A MES AMIS.

A Monsieur le Professeur J-L. LORTAT-JACOB,

Professeur de Clinique Chirurgicale de la
Faculté de Médecine de Paris,

Chevalier de la Légion d'Honneur,
Membre de l'Académie de Chirurgie.

qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse,

En très respectueux hommage.

A mon Maitre , Monsieur le Docteur Louis RENE,

Chirurgien de l'Hopital de la Croix-Saint-Simon

qui a bien voulu me confier ce travail et m'a guidé dans sa réalisation.

En témoignage de très respectueuse admiration et de profonde gratitude pour l'enseignement qu'il m'a prodigué au cours de l'année d'Internat accomplie dans le service qu'il dirige.

A mes Maitres dans les Hopitaux,

EXTERNAT :

Monsieur le Professeur MERIE d'AUBIGNE
Monsieur le Professeur QUENU
Monsieur le Docteur PETIT
Monsieur le Professeur VARANGOT
Monsieur le Professeur LEMAIRE
Monsieur le Professeur JUSTIN-BESANCON
Monsieur le Professeur DEPARIS

En témoignage de respectueuse reconnaissance.

A Messieurs :

Le Docteur Ph. BLONDEAU
Le Docteur BRISSET
Le Docteur LORD
Le Docteur ROY-CAMILLE
Le Docteur SUREAU

que je remercie pour l'enseignement qu'ils m'ont apporté au cours de l'année d'Internat à l'Hopital de la Croix-Saint-Simon.

# MISE AU POINT SUR LES ENDOMETRIOMES SIGMOIDIENS ET RECTAUX

## A PROPOS DE SIX OBSERVATIONS NOUVELLES

# I N T R O D U C T I O N

La localisation recto-sigmoïdienne de l'Endométriose a été observée pour la première fois en 1909 par R. MEYER qui porta le diagnostic devant un noyau tumoral de la musculature et de la sous-muqueuse colique.

Depuis, quelques observations ont été rapportées relevant fréquemment des diagnostics erronés. En effet, nous devons souligner d'entrée les difficultés à affirmer cliniquement et opératoirement un Endométriome recto-sigmoïdien puisque trois facteurs s'opposent à sa reconnaissance.

- La très grande fréquence du cancer recto-sigmoïdien
- la rareté relative de cette localisation extra-génitale de l'Endométriose.
- sa ressemblance macroscopique avec le cancer.

On imagine ainsi que les erreurs diagnostiques soient fréquentes, on comprend qu'elles soient excusables.

Malheureusement, les déductions thérapeutiques dans les deux affections sont différentes : la confusion entraîne une sanction chirurgicale grave et mutilante si la localisation est rectale, sévère en cas de tumeur sigmoïdienne. Nous verrons au chapitre des indications thérapeutiques que si l'amputation rectale supprimant définitivement la fonction sphinctérienne demeure inacceptable, la résection sigmoïdienne au contraire peut se justifier dans certaines éventualités d'autant qu'actuellement sa gravité apparait assez limitée ( à la différence d'il y a vingt ans).

A l'opposé, l'attitude abstentionniste autorisée par l'aspect opératoire simulant un stade avancé de cancer est également très préjudiciable.

Nous nous proposons d'effectuer une étude d'ensemble de l'Endométriome du sigmoïde et du rectum :nous serons aidés dans ce travail par quelques observations nouvelles que notre Maitre le Docteur RENE a réunies dans son Service de l'Hopital de la Croix-Saint-Simon au cours de ces six dernières années,écartant les observations trop anciennes,antérieures à l'évolution actuelle de la chirurgie recto-sigmoïdienne. Notre Maitre le Docteur RENE a bien voulu nous confier six observations relevées dans son Service de Chirurgie générale,axé plus spécialement vers les affections de l'appareil digestif.

La question de l'Endométriose plus particulièrement celle de sa localisation colique est des plus passionnantes et des plus anciennes :ceci pour diverses raisons :

- sa rareté
- la difficulté de son diagnostic
- sa pathogénie non encore éclaircie
- son traitement qui donne lieu à de nombreuses controverses.

Les observations que nous présenterons mettent en lumière quelques aspects variés qu'emprunte l'Endométriome recto-sigmoïdien; elles offrent quelques particularités diagnostiques,thérapeutiques et évolutives qui nous ont paru très intéressantes.

# D E F I N I T I O N

Cette affection est définie par NOVAK (1932) comme "une maladie strictement féminine dans laquelle on trouve du tissu ressemblant plus ou moins parfaitement à de l'endométrium en dehors des limites de la muqueuse utérine et principalement dans la cavité pelvienne".

Histologiquement, c'est un tissu adulte ne présentant aucun caractère histologique de malignité, évoquant un "utérus en miniature" car on y rencontre à la fois des éléments endométriaux (glandes et kystes épithéliaux entourés d'un stroma "cytogène") et des fibres musculaires lisses.

Une prolifération fibreuse se constitue très souvent autour des ilots d'Endométriose, souvent responsable en partie du volume de la tumeur.

Quant au terrain, c'est une maladie réservée à la femme. Ses manifestations cliniques et évolutives sont étroitement liées aux périodes de la vie génitale, plus précisément aux modifications de la fonction ovarienne. Aussi, épargne-t-elle les impubères et à de rares exceptions près les femmes ménopausées.

A cette unité de structure et de terrain s'ajoute un caractère clinique commun : la tendance de cette affection à emprunter un aspect tumoral et à infiltrer les tissus voisins notemment le recto-sigmoïde de façon imprécise en essaimant à distance comme un néoplasme mais en ne produisant que des "métastases bénignes" ce qui est fondamentalement différent.

Ceci explique ses localisations diverses. Son siège d'élection est l'appareil génital, les atteintes sont beaucoup plus rares mais parmi elles les localisations sigmoïdienne et rectale sont les plus interressantes en ce qui concerne le chirurgien, et les plus nombreuses. Enfin les associations sont assez habituelles et on rencontre volontiers chez la même malade une endométriose génitale et recto-sigmoïdienne.

Dans cette rubrique,nous rappellerons qu'il n'existe pas de maladies qui ont reçu autant de noms differents : en ce qui nous concerne,en reprenant la terminologie proposée par FUNCK-BRENTANO ( Séance de l'Académie de Chirurgie 30 Mai 1956) nous utiliserons le terme d'Endométriose pour les localisations diffuses de cette maladie de l'ectopie endométriale.Ce nom proposé par JOSSELIN de JONG et SAMPSON en 1925 a le mérite de ne pas préjuger de la nature intime du processus; nous réserverons pour les localisations sur l'intestin surtout si elles sont isolées le terme d'Endométriome soulignant bien l'aspect tumoral qu'elles empruntent.

# H I S T O R I Q U E

Cette maladie n'a été reconnue que tardivement. Il y a IOO ans, la localisation génitale de l'Endométriose a été décrite par ROKITANSKY dans un précis d'Anatomie Pathologique. C'est la première fois que l'on décrit l'affection au niveau de l'organe qu'elle atteint le plus souvent.

Déjà l'Endométriose utérine est connue; puis on rattache à la même affection des localisations sur la sphère génitale extra-utérine :

- CHIARI (I887) observe des modifications à type de nodosités bordant les pourtours de la trompe.
- CULLEN (I896) décrit une localisation du ligament rond.
- RUSSEL (I899) découvre l'Endométriose ovarienne.

Enfin on reconnait à l'Endométriose des localisations extra-génitales : la première observation d'un Endométriome du colon sigmoïde est rapportée par MEYER en I909.

Peu après (I9I0) il reprend la théorie métaplasique de l'affection proposée par IVANOW répondant à l'hypothèse de Von RECKLINGHAUSEN qui dès I896 défendait l'origine de l'Endométriose aux dépends des restes embryonnaires du corps de WOLFF.

- En I9I2 CULLEN décrit l'Endométriose ovarienne. L'année suivante, la première étude d'ensemble des localisations intestinales est l'objet d'un travail de JOSSELIN de JONG.

F. JAYLE dans la Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique rassemble, en Août I927, 24 cas pris dans la littérature mondiale d'Endométriose intestinale qu'il nomma "Solénomes".

A la même époque, SAMPSON (Travaux de I92I à I930) soutient la théorie de la greffe de l'Endomètre et insiste sur la grande fréquence de l'Endométriose en général.

- En I924,HALBAN estime que de l'endomètre peuvent partir par voie lymphatique de véritables métastases.

- LETULLE décrit en I93I l'Histologie de l'Endométriose.

Des travaux ultérieurs,il se confirme que cette maladie est fréquente mais que sa localisation intestinale reste rare. Il apparait aussi que l'Endométriose recto-sigmoïdienne est rarement diagnostiquée à la"période utile",en d'autres termes qu'elle n'est reconnue qu'à l'examen anatomo-pathologique de la pièce dont le résultat surprend le chirurgien.

En I939,A.GOSSET, BERTRAND et CHEVALLIER n'isolent qu'une atteinte sigmoïdienne sur 36 observations d'endométriose. MASSON en décèle I6 sur 576,ALLEN 6 sur 886 cas opérés,KEENE 6 sur II8, FIELD-MEYER et SUTER-ERNST ne découvrent aucune atteinte sur II2 cas.

Dans leur classique Rapport du 48ème Congrès de Chirurgie (I934-I945) BROCQ,VARANGOT et DELANNOY réunissent 39 observations d'Endométrioses intestinales publiées depuis le travail de JAYLE.

Puis en France et à l'étranger paraissent de nombreuses publications,d'importants articles sur les Endométriomes du colon sigmoïde et du rectum.

En France,en I939, L. BAZY,S.BLONDIN et P.CHENE font une remarquable mise au point de l'Endométriome rectal,en relèvent 2I cas mondiaux et en rapportent 2 observations.Ces auteurs insistèrent sur l'intéret de la rectoscopie pendant les règles et de la biopsie qui permirent de faire un diagnostic précoce.(Presse Médicale 24 Mai I939).

Puis SEILLE (I94I) rapporte une observation et insiste sur l'image radiologique très particulière du rétrécissement colique qui fait penser plus volontiers à une tumeur bénigne ou à une compression qu'à un néoplasme.

GUIAS,MINET et DUPERRAT relatent dans un article de PARIS MEDICAL en Octobre I946 une observation de forme pseudo-néoplasique de l'Endométriose recto-sigmoïdienne dont le diagnostic fut

redressé par l'examen histologique.

MONDOR,DOUAY,PICOT rapportent de nouvelles observations d' Endométriome sigmoïdien à l'Académie de Chirurgie.

BROCQ et BOREAU en I949 publient l'histoire d'une Endométriose ganglionnaire inguino-crurale associée à un Endométriome recto-sigmoïdien.

CARCASSONNE et MATHIEU observent 2 cas en I953 : ils firent dans l'observation I le diagnostic au cours de l'intervention;par contre dans la seconde observation après quelques hésitations ils pratiquèrent une hémicolectomie gauche car la possibilité d'une tumeur maligne n'a pu être définitivement écartée.

Trois ans plus tard,FUNCK-BRENTANO dans une communication à l'Académie de Chirurgie estime à un peu plus d'une centaine le nombre des observations connues d'Endométriome colique,et rapporte une observation personnelle relatant l'histoire d'un Endométriome sigmoïdien découvert au cours d'une intervention pour ovarite scléro-kystique. Cette tumeur avait l'aspect d'un cancer mais il préféra s'abstenir,l'intestin n'étant pas préparé . Le mois suivant le diagnostic fut redressé sur l'aspect radiologique et,à la faveur d'une deuxième intervention nécessitée par une occlusion, sur l'aspect opératoire.

A l'étranger,SCHEFIELD,BACON,FALLAS et ROSENBLUM (I940), THIERSTEN et ALLEN (I946),MEIGS,COLCOCK et LAMPHIER (I95I),SCOTT et SPENCER apportent de nouvelles observations d'Endométriome colique.

FINSTERER publie cinq observations : dans trois cas il pratique une résection du colon sigmoïde suivie d'un rétablissement de la continuité pensant qu'il s'agissait d'un néoplasme : le diagnostic redressé après l'intervention,l'auteur se demande cependant si la résection n'aurait pas été malgré tout nécessaire en raison de l'importance de la sténose.

Surtout en I948,COUNSELLER étudiant les observations de 2226 malades opérées à la clinique Mayo retrouve 48 atteintes sigmoï-

diennes ou rectales.

Récemment,à propos d'un cas d'Endométriome sigmoïdien,V. TRIDENTI (I958) insiste sur les éléments cliniques capables d'orienter vers le diagnostic d'Endométriose. Signalons également la série de I2 cas d'Endométriose intestinale réunis par BOLES et HODES en I958 (Gastro-entérology).Ces auteurs ont remarqué que l'affection est fréquemment confondue avec la diverticulose colique ou le cancer recto-sigmoïdien et que l'opération est pratiquée généralement sur une erreur de diagnostic.

Au total,combien d'observations relève-t-on dans la littérature mondiale ?

PICOT en I949 estime à I02 le nombre d'observations publiées d'Endométriome du recto-sigmoïde.

FUNCK-BRENTANO enI956 pense que les observations des Endométriomes sigmoïdiens dépassent la centaine.

TREMEAU (Thèse Médecine Paris I958)relève I40 Endométriomes sigmoïdiens.

Nous pensons qu'actuellement le chiffre des publications sur cette localisation recto-sigmoïdienne est très voisin de 200.

# E T I O L O G I E

Dans cette rubrique nous étudierons :

I) la fréquence générale de l'Endométriose
relative des diverses localisations

2) le terrain de l'Endométriose :
l'âge de la malade
le passé obstétrical et gynécologique

## I- FREQUENCE GENERALE DE L'ENDOMETRIOSE

L'Endométriose est-elle une maladie fréquente? Les opinions des chirurgiens et des gynécologues diffèrent sur ce point d'un extrême à l'autre ,mais cette divergence apparente des statistiques relève du manque de commune mesure entre le nombre des Endométriose histologiques et celui des Endométrioses cliniques.

- Si elle est considérée comme exceptionnelle par DANIEL ( 3 sur 3000 pièces),BUTTNER et ZACHERL (4 sur IOOO ),

- la plupart des stastistiques,certaines d'une grande richesse indiquent qu'il s'agit d'une lésion commune : COUNSELLER présente des chiffres impressionnants :en I937 il recueille 884 Endométrioses entre les années I923-I937. En I948 ,il étudie les 2226 malades opérées pour une endométriose.Ce chiffre représente environ 25% des Endométrioses diagnostiquées.Ainsi, de I923 à I948 quelques 9000 femmes sont sorties de la Clinique Mayo avec le diagnostic d'Endométriose!

MEIGS,toujours aux Etats-Unis,rassemble 349 observations

COTTE et MATHIEU présentent une statistique très homogène de I06 cas en I943.

TOFFEPSON (I954) retrouve IO% d'Endométriose sur 600 laparotomies.

ANDOCI et NADIN (I959) 3I cas sur 20I hystérectomies soit I9%.

Au total,la fréquence générale de l'Endométriose avoisine le taux de 20% sur l'ensemble des interventions de chirurgie gynécologique;ce chiffre est légérement supérieur aux chiffres apportés par les auteurs du 48ème Congrès de Chirurgie (IO à I5% des affections gynécologiques ).Cette sensible augmentation de la fréquence générale de l'Endométriose est plus apparente que réelle,car elle est probablement due à la meilleure connaissance des ectopies endométriales et à leur recherche per et post-opératoire quasi-systématique recommandée par les auteurs du 48ème Congrès de Chirurgie.

Enfin certains estiment que l'Endométriose est extrèmement fréquente (GAINES,BROOKE,BLAND) de SNOO affirmant "que les formations endométriales se produisent à peu près chez toutes les femmes.... ces formations n'occasionnent aucun trouble en général et il est relativement rare qu'elles manifestent leur présence par des signes cliniques"

Ainsi BROCQ et VARANGOT à la suite d'une enquète personnelle très riche et minutieuse peuvent-ils conclure que la fréquence de l'Endométriose doit être envisagée sous deux angles différents : cette lésion apparait histologiquement rréquente,courante même,si l'anatomopathologiste s'astreint à examiner complètement toutes les pièces opératoires;par contre,elle se manifeste plus rarement au chirurgien par des symptômes cliniques.

Quant à HERBUT,il apporte dans "Gynecological and Obstetrical Pathology" des pourcentages un peu déroutants par leur variabilité:

l'Endométriose se rencontre dans 5 à 52% de tous les utérus enlevés pour fibrome;

dans 8,I% à 27,8% de tous les

utérus enlevés por une affection quelconque"

enfin dans 53,5% de tous les utérus à l'autopsie.

Ces chiffres sont une preuve que la fréquence de la maladie varie avec les observateurs.

## FREQUENCE RELATIVE DES DIVERSES LOCALISATIONS.

Nous empruntons toujours à COUNSELLER sesdeux statistiques,

- la première datant de I938 relative à 884 cas d'Endométriose recueillis entre I923 et I937 soit sur une période de I5 ans.

La localisation de l'Endométriose

| | | |
|---|---|---|
| au niveau de l'utérus est retrouvée | 6I8 fois | soit 90%. |
| des ovaires est retrouvée | I20 fois | soit I3,6% |
| du péritoine pelvien | 44 fois | soit 5% |
| des trompes | 27 fois | soit 3% |
| du sigmoïde et du rectum | 24 fois | soit 2,7% |

tandis qu'une Endométriose diffuse est retrouvée I08 fois,soit I2,2%.

- la deuxième date de I948 :COUNSELLER s'intéressant aux observations des 2226 malades opérées d'une Endométriose à la Clinique MAYO entre les années I923-I947 ne retrouve que 48 fois une atteinte rectale ou sigmoïdienne soit 2%.

La statistique de MEIGS portant sur 349 cas (I948) est sensiblement différente :

| | | |
|---|---|---|
| atteinte de l'ovaire | I92 fois | soit 55% |
| l'utérus | I27 | 36,4% |
| l'intestin en totalité, | I9 fois | soit 5,4% |

Les autres statistiques notemment le travail de GOSSET, BERTRAND et CHEVALLIER portant sur 86 cas (I939) et celui de COTTE et MATHIEU (I06 observations en I943) confirment ces chiffres.

en effet la fréquence desdiverses localisations est à peu près fixée :certaines sont fréquentes (utérus,trompe,ovaire 75%) d'autres sont plus rares (en particulier sigmoïde et rectum).

Enfin le pourcentage des formes diffuses ou à localisations multiples oscille entre I2% (COUNSELLER) et 20% (MATHIEU).

## II- LE TERRAIN DE L'ENDOMETRIOSE

a) AGE : affection touchant les femmes de toutes races en période d'activité génitale:elle est très fréquente pendant les quatrième et cinquième décades de la vie;ce fait peut être un secours diagnostique: 50% des femmes atteintes d'Endométriose sont âgées de 40 à 49 ans;l'âge moyen se situant aux alentours de 4Ians.

Dans nos six observations,la moyenne d'âge de nos malades est de 40 ans 8 mois;la plus jeune étant âgée de 3I ans,la plus vieille de 47 ans était toujours réglée.

L'affection ne se rencontre jamais chez l'impubère:FALLON a décrit une endométriose chez une fille de I3 ans,probablement atteinte de puberté précoce; elle est exceptionnelle après la ménopause. En ce qui nous concerne,pour les localisations recto-sigmoïdiennes nous n'avons relevé que 3 observations publiées d'Endométriome chez une femme ménopausée :Observation de FRITZ-GROSS (femme âgée de 62 ans), de MOCQUOT et MATRY (63 ans): la publication de PICOT relate l'histoire d'une occlusion intestinale par Endométriome du colon pelvien chez une malade âgée de 73 ans · le diagnostic de cancer posé,une résection colique fut pratiquée c'est l'examen histologique qui redressa l'erreur. L'auteur fut très justement surpris car cette malade était ménopausée depuis 38 ans à la suite d'une hysterectomie sans conservation. Cette femme présentant une élimination d'oestrogènes assez importante d'origine surrénalienne ou hypophysaire,l'auteur pense que cette hyperoestrogénie relative permet la survie prolongée d'une Endométriose.

b) LES ANTECEDENTS GYNECOLOGIQUES.

Sans évoquer ici prématurément les problèmes pathogéniques que soulève le passé gynécologique des malades atteintes d'Endo-

métriose, l'existence d'une ou de plusieurs interventions sur la sphère génitale mérite de retenir l'attention.

46% (COUNSELLER et CRENSHAW I95I)

43% (SCOTT et TE LINDE, I950) de femmes porteuses d'Endométriose ont subi une opération gynécologique. Ces chiffres sont très frappants et certaines interventions méritent d'être prises en considération comme facteur étiologique: curetage et hystéropexie, (BROCQ et VARANGOT).

Les antécédents gynécologiques constituent un argument pour les partisans de la théorie de l'implantation proposée par SAMPSON.

Dans nos observations, nous ne relevons aucune intervention gynécologique dans les antécédents des malades.

c) ANTECEDENTS OBSTETRICAUX.

La fréquence de la stérilité absolue ou relative est admise par la majorité des auteurs voici quelques pourcentages de femmes stériles retrouvés :

COUNSELLER 42%; KEENE 40%; COLCOCQ et LAMPHIER 48%; la concordance des statistiques anciennes et récentes est certaine.

Quant aux rapports de la stérilité avec l'Endométriose ils sont discutés et l'on ne peut conclure en l'état actuel de nos connaissances.

Pour MEIGS, l'Endométriose serait une conséquence de la stérilité; par contre, HUFFMAN pense que l'Endométriose entraine une infertilité secondaire, chaque grossesse favorisant l'essaimage de foyers endométriaux.

La plupart des statistiques donc accuse un pourcentage tel de stérilité que le radicalisme opératoire y trouve un argument.

Certains auteurs rappellent qu'une gestation peut survenir au cours de l'évolution d'une authentique endométriose: CHUN (I937) l'a observée chez un tiers des femmes atteintes d'Endométriose; et surtout COTTE et MATHIEU ont publié des chiffres extrèmement optimistes :

Sur I44 malades (ils ont éliminé à juste titre de cette statistique celles qui ne désiraient absolument pas d'enfants et les vierges) 75 eurent une ou plusieurs grossesses normales, soit plus de la moitié; tandis que 6 femmes avaient présenté plusieurs avortements dont il est permis de penser qu'ils n'étaient pas tous spontanés.

Les chances de grossesse paraissent donc plus grandes que ne l'indiquent certains auteurs et on ne doit pas les négliger en raison de l'incidence sur la conduite thérapeutique à tenir (problème de la conservation annexielle et d'un traitement androgénique).

Il semble que cet optimisme soit justifié dans les observations que nous rapportons : en effet, nous y relevons un pourcentage de fécondité satisfaisant : 2 malades eurent 3 enfants (dont l'une 2 jumeaux) une, 2 enfants et une fausse-couche seule une femme était nullipare tandis que les 2 dernières étaient vierges.

D'autre part et ceci ouvre des perspectives interressantes, la grossesse semble avoir une influence favorable sur l'Endométriose dont les lésions perdent tout potentiel évolutif. (Observation de SYMONOWICZ, MOCQUOT et MUSSET ).

Ainsi s'expliquent les cas de guérison définitive, aussi certainsauteurs considèrent-ils la gestation comme le meilleur traitement et les maternités successives comme la prophylaxie la plus simple de cette affection....

Dans une observation que nous rapportons (Obs. IV.) la possibilité d'une régression temporaire d'une Endométriose sigmoïdienne au cours d'une grossesse a été envisagée.

Nous verrons ultérieurement dans le Traitement, les incidences thérapeutiques de ces faits, ainsi que les expériences de pseudo-gestation chez l'animal dont les résultats ont été appliqués à la clinique humaine.

## STRUCTURE DE L' ENDOMETRIOSE

Les caractères anatomiques macroscopiques et microscopiques des lésions d'Endométriose sont analogues quelque soit le siège de la localisation.

C'est donc l'aspect général de l'endomètre ectopique que nous allons étudier, mais la localisation recto-sigmoïdienne entraine quelques particularités et pièges.

Macroscopiquement l'examen post-opératoire de la pièce constate une tumeur non encapsulée et mal limitée. Parfois bien individualisée, parfois diffuse et son extirpation s'est avérée difficile en raison de ses prolongements irréguliers.

Le second caractère de l'Endométriose est l'association à côté de la tumeur principale d'une multiplicité de petits foyers situés à plus ou moins grande distance, éparpillés au hasard.

Ces deux propriétés : absence de limitation et multiplicité pourraient faire penser à une tumeur maligne.

Enfin, on constate de façon quasi-constante que la pièce opératoire renferme du sang collecté dans des formations kystiques. Sa présence est due au fait que la tumeur ressemble physiologiquement à la muqueuse utérine normale : le flux menstruel ectopique est accumulé dans les glandes qui subissent une dilatation et se transforment en kystes hémorragiques. Ils apparaissent comme de petites taches de couleur rouge sombre ou noire, de petite taille (5 à IOmm de diamètre) isolées ou rassemblées en placard.

Leur contenu n'est pas du sang frais mais plus souvent un liquide épais, poisseux, brun foncé, comparé à du goudron, du chocolat.

Nous relevons dans deux de nos observations de petits noyaux bleutés diffus sur le sigmoïde siégeant sous la séreuse, ou de pe-

tits nodules bleutés.

En ce qui concerne plus particulièrement l'aspect macroscopique de l'Endométriose colique,on décrit·

- un type pseudo-cancéreux,squirrhe blanchâtre,de consistance dure à la coupe : nous rapportons une observation où la tumeur sigmoïdienne revèt cet aspect trompeur.

- parfois c'est une tumeur sous-séreuse sur laquelle se trouvent des plaques blanchâtres d'aspect cicatriciel,des kystes goudronneux de grande valeur diagnostique.

- tantôt,il s'agit non pas d'une lésion unique,mais de multiples petits kystes hémorragiques bleuâtres; le péritoine apparait soulevé par ces formations.

- quelque soit l'aspect macroscopique de la tumeur sigmoïdienne,la muqueuse n'est jamais ulcérée et on doit considérer l'observation de BENZ (I952) décrivant une forme pseudo-polypoïde d'Endométriome avec envahissement et ulcération de la muqueuse comme vraiment exceptionnelle.

Aspect Microscopique.

La lésion présente des caractères histologiques analogues à ceux de l'endomètre qui borde la cavité utérine,et comme telle est aisément reconnaissable.

Typiquement,elle consiste en l'association de stroma endométrial renfermant des glandes tubulaires et de façon moins constante des fibres musculaires lisses.

I) Les formations glandulaires se présentent sous plusieurs formes :

- tantôt,elles revètent l'aspect des glandes endométriales à toutes les périodes du cycle :

. épithélium cilié ou non fait de cellules cylindriques hautes à noyau allongé,ovale,à cytoplasme clair,image de la phase proliférative (cellules se différenciant grandement des cellules caliciformes à mucus de l'épithélium colique)

. ou bien,les cellules sont plus volumineuses,à noyau basal,avec des inclusions cytoplasmiques correspondant au stade sécrétoire.

- tantôt,les cellules épithéliales sont cubiques,irrégulières, comme atrophiques,les noyaux sonts aplatis et dans le cytoplasme on ne retrouve pas d'amas sécrétoires. Ce dernier aspect correspondrait à des lésions plus âgées et sans doute moins fonctionnelles.

Le liquide contenu dans la lumière des tubes glandulaires renferme des pigments sanguins et des hématies dégénérées.

2) Le Chorion cytogène

entoure les glandes de façon très irrégulière. Très dense à certains endroits,il manque ailleurs.

Parallèlement, on observe des modifications des cellules épithéliales : cubiques quand il est absent,elles sont allongées, cylindriques là où il est abondant.

Le stroma est formé de cellules lymphocytiformes trapues, à noyau ovoïde,riche en chromatine,reliées entre elles par des prolongements protoplasmiques constituant un manchon aux glandes du type utérin : c'est bien l'aspect histologique et cytologique caractéristique du tissu cytogène de l'endomètre,tissu formé avant tout d'éléments réticulaires plus ou moins rameux.

3) Les fibres musculaires lisses inconstantes,elles entourent les formations endométriales dans les organes qui possèdent une paroi musculaire lisse.

On discute beaucoup sur l'importance relative de ces éléments : la plupart des auteurs considèrent que l'élément caractéristique est le tube glandulaire. GOODALL estime par contre que le chorion cytogène représente le tissu fondamental,générateur des tubes glandulaires.

Quoiqu'il en soit la symbiose épithélio-conjonctive est la caractéristique fondamentale structurale de l'Endométriose.

4) Enfin,une prolifération fibreuse se constitue très souvent autour des ilôts d'Endométriose en particulier dans les localisations intestinales .Elle peut s'accompagner d'une réaction inflammatoire.

Souvent ,c'est elle qui est responsable en majeure partie du volume de la tumeur intestinale et de son caractère irréversible. Cette sclérose explique les difficultés du diagnostic macroscopique et justifie le traitement d'exérèse.

# P A T H O G E N I E

De nombreuses théories ont été émises pour expliquer la pathogénie de l'Endométriose. Si chacune peut être appliquée à une localisation particulière, aucune ne possède de valeur générale.

On peut diviser ces théories en deux groupes :

I) Théories faisant appel à l'embryologie

2) Théories faisant dériver les tissus endométriaux ectopiques de l'endomètre adulte normal.

I) L'Origine Embryologique a été envisagée sous deux aspects :

a- La théorie dysembryoplasique

explique la formation des foyers d'endométriose à partir des vestiges embryonnaires du corps de Wolff (pour VON RECKLINGHAUSEN I896) ou des canaux de Müller ( pour KOSSMANN I897) qui deviennent alors sensibles à l'influence des hormones ovariennes.

Eliminons cette théorie ne permettant pas d'expliquer les Endométrioses extra-utérines, celles qui nous interessent particulièrement, et rappelons que récemment de BRUX a proposé pour ces localisations l'hypothèse " du réveil d'un gonocyte primaire quiescent; celui-ci induirait la transformation et la différenciation de cellules mésenchymateuses ayant gardé leur sensibilité comme la plupart des éléments de la région."

Ceci amène à la seconde théorie embryologique :

b- La théorie métaplasique coelomique

Puisque les canaux müllériens et l'endomètre dérivent de l'épithélium coelomique, d'autres structures reconnaissant la même

origine pourraient garder le pouvoir de former un tissu qui ressemble en tous points à l'endomètre.

R. MEYER à l'appui de cette théorie a présenté des coupes montrant l'évolution du processus métaplasique : modification de l'épithélium, apparition de glandes tubulaires.

La nature de l'excitation qui déclencherait le phénomène est de nature indeterminée : on a dit que l'inflammation engendre une irritation puis la métaplasie des cellules avoisinantes.

R. MEYER pense que ce phénomène peut s'appliquer à la constitution de l'Endométriose.

Pour NOVAK et LAUCHE le stimulus serait hormonal. L'influence des hormones ovariennes s'étendrait aussi bien à l'endomètre normal qu'aux cellules embryologiques dont nous avons parlé plus haut, et l'on sait que l'Endométriose survient pendant la période d'activité génitale.

Le rôle d'une activité accrue de la fonction ovarienne dans la pathogénie de l'Endométriose est aussi appuyée par la constatation tres fréquente d'autres manifestations d'hyperoestrinisme associés, tels l'hyperplasie de l'endomètre, les polypes et les fibromes utérins.

OBERLING concilie les deux facteurs, il y aurait traumatisme local, puis influence hormonale.

L'objection que l'on peut faire à la théorie de la métaplasie coelomique est que d'autres organes ayant même origine embryologique ne sont jamais le siège de localisations endométriales : c'est le cas de la plèvre et du péricarde.

On a proposé également une théorie métaplasique à partir

d'autres tissus que l'épithélium du coelome:

. ovarienne d'après laquelle des kystes pseudo-endométriaux se développeraient par métaplasie des follicules kystiques atrésiques du corps jaune kystique.

. à partir de l'endothélium lymphatique (EMMANUEL-SCHILLER).

. à partir de cellules oubliées (HEIM),de cellules indifférenciées que SNOO appelle "génitoblastes" (métaplasie mésenchymateuse).

Enfin il pourrait s'agir d'une dédifférenciation des cellules du myomètre qui deviendraient moins matures et pourraient évoluer en cellules interstitielles du type de celles du stroma endométrial,ou en cellules épithéliales groupées en formations glandulaires.

2) Les Théories qui enjoignent à l'Endométriose une origine utérine primitive et un transfert secondaire vers des localisations ectopiques réunissent actuellement le plus grand nombre de suffrages.

Il semble que ces théories conviennent particulièrement pour expliquer le point de départ du phénomène à la jonction utéro-tubaire.

A cet endroit en effet on trouve de l'endomètre normal,qui sous des influences diverses peut être transporté vers des aires extra-utérines.

Plusieurs théories ont ainsi été élaborées :

a- En I908,CULLEN a émis la théorie diverticulaire ou de l'extension directe : une hyperfolliculinémie s'accompagnant d'une hyperplasie de la muqueuse utérine entrainerait une rupture d'é-

quilibre entre l'endomètre et la couche musculaire,et les foyers endométriaux s'étendraient à la périphérie.

b- Pour SAMPSON en I920 il s'agirait d'une implantation : Pendant la periode menstruelle des fragments de tissu endométrial seraient libérés dans le flot sanguin,expulsés par les trompes de Fallope et se grefieraient à la surface des ovaires ou de toute autre surface péritonéale pelvienne,recto-sigmoïdienne par exemple.

De nombreux fragments identiques libérés par l'éclatement des kystes néoformés pourraient à leur tour essaimer dans la cavité péritonéale.

On a pu pratiquer avec succès chez des animaux de laboratoire des autotransplantations de tissu endométrial dans le foie,la rate,la paroi abdominale,la chambre antérieure de l'oeil.

HOBBS a réussi a implanter des fragments d'endomètre dans le poumon du lapin.

Chez I9 opérées,SCHMID a pratiqué des implantations vaginales d'endomètre : ces greffes se sont développées et ont saigné de façon cyclique.

De même,on retrouve parfois dans le cul de sac de Douglas du sang menstruel et des fragments de muqueuse utérine à l'intérieur de la lumière tubaire: PHILIPP et HUBER ont prouvé que des formations endométriales pouvaient être expulsées dans la cavité péritonéale même en dehors des règles.

c- La théorie de la transplantation s'applique à celles des malades qui ont subi une intervention chirurgicale.

Il a été reconnu qu'au cours des hystéropexies,des césariennes, des hystérotomies,curetages ou des insufflations tubaires,des particules provenant de l'endomètre avaient été transportées et s'étaient développées dans des régions ectopiques.

d- SAMPSON fut l'instigateur de la théorie métastatique qui explique la présence de foyers endométriaux loin en dehors de la sphère génitale.Ce serait par voie veineuse que la propagation se ferait loin des aires péritonéales ( ganglions lymphatiques,muscles striés).Il mit en évidence des fragments endométriaux dans les vaisseaux utérins.

Pour HALBAN,ce serait la voie vasculaire lymphatique qu'emprunteraient les particules.

Cette théorie parait satisfaisante,car elle peut être invoquée pour les localisations tant régionales qu'extra-génitales.

Cependant la propagation métastatique est généralement le fait des tumeurs malignes,et l'Endométriose,tumeur bénigne,se comporterait de manière tout à fait exceptionnelle en essaimant à distance,sans que ses métastases revêtent jamais un caractère de malignité.

Ainsi BROCQ et VARANGOT estiment-ils que la doctrine de la propagation métastatique possède des bases de valeur ".

De l'analyse des observations que nous avons lues dans la littérature et de celles que nous rapportons, nous nous efforcerons de mettre en lumière les symptomes cliniques, les signes radiologiques, endoscopiques, macroscopiques, l'allure évolutive, le terrain spécial enfin qui permettent de suspecter et de confirmer le diagnostic avant même l'investigation histologique de valeur formelle.

Certes, certains signes sont particulièrement trompeurs, notemment l'aspect macroscopique de la tumeur, dure, en virole, en tout point semblable au néoplasme; néanmoins, on doit attribuer une certaine valeur à ce qui va habituellement à l'encontre d'un diagnostic de malignité :

la conservation de l'état général,
la jeunesse de la malade,
"l'étrange coïncidence" entre les troubles morbides et la menstruation,
l'intégrité de la muqueuse aux examens radiologiques et endoscopiques.

# ETUDE CLINIQUE DE L'ENDOMETRIOME RECTAL ET SIGMOIDIEN

Les signes cliniques de l'Endométriome intestinal sont divers, peu connus en raison de la rareté de l'affection.

Une statistique de SEILLE en 1941 indique que sur 33 observations, 15 malades ont été opérées, à la suite d'accidents sub-occlusifs, avec le diagnostic de cancer.

Successivement, nous étudierons dans ce chapitre :

1- les signes digestifs cliniques
de l'Endométriome rectal
de l'Endométriome sigmoïdien,

2- puis, mis en présence de tels signes, nous réunirons les arguments qui permettent d'étayer le diagnostic d'Endométriome colique :

- d'abord un faisceau d'arguments cliniques en faveur d'une Endométriose génitale souvent associée;
- puis la rectosigmoïdoscopie permettant la biopsie;
- l'examen radiographique;
- enfin la méthode diagnostique utilisant l'action thérapeutique des hormones mâles.

## I - LE SYNDROME CLINIQUE DIGESTIF

### A ) DE L'ENDOMETRIOME RECTAL

C'est la variété qui peut être reconnue le plus souvent avant l'intervention, parcequ'elle est toujours accessible

au doigt,
à la vue,
à la pince biopsique.

Cette singularité est heureuse, car méconnue et prise pour un néoplasme, son éxérèse amène à des sacrifices disproportionnés.

Remarquablement étudiée par L. BAZY, S. BLONDIN et P. CHENE qui en relèvèrent 2I cas mondiaux jusqu'en I939 et en rapportèrent à cette date 2 observations nouvelles.

Actuellement, il existe une quarantaine d'observations connues.

Nous présentons 2 observations (Obs. I et II) d'Endométriome rectal : l'une est particulièrement intéressante (Obs. I) : un diagnostic précoce porté avant l'intervention a permis un traitement conservateur (tumorectomie) qui est très rarement pratiqué.

L'affection est révélée par :

a) des troubles fonctionnels nets :

Au premier plan,

I) Les Rectorragies : pertes de sang rouge non coagulé; assez abondantes, durant 3 à 6 jours parfois associées à des écoulements glaireux.

Le caractère fondamental retrouvé dans presque toutes les histoires cliniques qui,déjà,doit retenir l'attention est que ces hémorragies ne sont pas continues,mais surviennent ou s'éxagèrent au moment des règles. La malade de l'Obs. I a présenté dans les antécédents des émissions de sang survenant périodiquement.

Ces hémorragies sont souvent mises sur le compte d'hémorroïdes et traitées ,sans succès,comme telles (BROCQ et VARANGOT).

2) Les Douleurs revètant tous les types :

- très spéciales,les rectalgies (L. BAZY) : pesanteurs pelviennes irradiant vers la région ano-rectale ou coccygienne lors des rapports sexuels à l'approche des règles :dans l'observationI des rectalgies sont signalées.

- crises de coliques vagues,discrètes,périodiques les jours précédant la date des menstruations.

- douleurs à la défécation ou à l'émission de gaz.

- épreintes,faux besoins.

Il s'agit en résumé,d'hémorragies rectales et de douleurs dont la coexistence avec,ou la recrudescence pendant l'hémorragie menstruelle présente une valeur diagnostique de premier plan.

b) Le Toucher Rectal,

En position de décubitus dorsal donne des renseignements différents selon la date du cycle ovarien:

A l'approche ou au moment des règles, est reconnue :

- une tumeur rectale,

siégeant presque toujours sur la face antérieure de l'ampoule,

saillant dans la lumière rectale,

de consistance variable, souVent molle,

mobile et indolente quoique le contact puisse réveiller quelques sensations pénibles.

- Il est difficile de reconnaitre au doigt que la muqueuse est saine; plus aisément remarque-t-on que cette tumeur forme un blindage inclus dans la paroi musculaire, la muqueuse glissant à sa surface (BAZY, R.BENSAUDE)

- Néanmoins, la muqueuse peut ne pas apparaitre indemne mais fixée, légérement irrégulière, et, à cette date, saignotante, tachant de sang le doigtier (R.BENSAUDE)

- Exceptionnellement, le doigt reconnait de véritables végétations reposant sur une induration les débordant largement.

- Quand la tumeur est basse, on combine les touchers rectal et vaginal qui permettent de mieux la situer et d'apprécier plus exactement son extension antérieure dans la cloison qui sépare les deux cavités.

Dans l'Obs. I, le toucher rectal permit d'emblée de suspecter la nature endométriale de la tumeur dure, particulièrement sensible Une hésitation persistait quant au siège exact (cloison recto-vaginale ou intra-rectale).

Après les règles :

Le toucher rectal révèle le meilleur signe : la tumeur sous-muqueuse reconnue précedemment a fondu.

Aussi comprend-on que la particularité évolutive capitale puisse-t-elle passer inaperçue notemment lors d'un premier examen

et que le diagnostic de cancer rectal,cause des rectorragies soit porté.

Cependant,il existe une règle permettant de redresser l'erreur avant l'intervention : il est indispensable chez une femme encore réglée, jeune et au demeurant bien portante chez laquelle on soupçonne l'existence d'un néoplasme rectal :

de la reconvoquer pour l'examiner de nouveau après ses règles,

et surtout de pratiquer pendant la menstruation un lavement baryté,un examen endoscopique suivi d'un prélèvement de la lésion.

Dans l'Observation N°I,un nouveau toucher rectal (celui-ci pratiqué sous anesthésie générale donna de très bons renseignements) un examen endoscopique et radiographique supprimèrent les dernières hésitations.

Avant d'éxécuter chez une femme non ménauposée une opération aussi grave et surtout aussi mutilante qu'une amputation abdomino-périnéale du rectum,il est indispensable de pratiquer une biopsie préalable,confirmant certes le plus souvent un cancer du rectum, mais découvrant exceptionnelement peut-être une Endométriose.

Cette lésion,grande simulatrice du cancer est une lésion bénigne qui ne justifie pas un tel sacrifice ni un tel risque,mais une intervention bien plus économique.

En conclusion, au point de vue fonctionnel,l'évolution cyclique des symptômes,souvent remarquée dans les observations,est évocatrice.

Qu'il s'agisse d'un syndrôme rectal dysentérique au complet ( observation de CULLEN,MICHON,BRAINE,BAZY) avec faux besoins,tenesme,émissions de glaires sanglantes; qu'il s'agisse uniquement de

rectorragies isolées (BAZY) ou de douleurs à type de pesanteur pelvienne irradiant vers la région rectale (GRAVES),tous ces signes surviennent,ce qui n'est plus pour surprendre,quelques jours précédant les règles ou au même moment,et disparaissent ou diminuent après.

Lorsque la femme se plaint de l'apparition temporaire de signes anormaux pendant la période menstruelle,avec disparition totale dans l'intervalle,elle confie le meilleur symptôme de la maladie. Si la symptomatologie fonctionnelle persiste pendant l'intermenstrum,l'interrogatoire en ce sens recueillera l'exagération des symptômes morbides au moment des règles.

Nous sommes convaincus que la recrudescence cataméniale des signes est constante;mais elle a été malheureusement plus souvent reconnue par une anamnèse post-opératoire.

Nous venons de décrire les signes digestifs fonctionnels et physiques de l'Endométriome intra-rectal;c'est l'Endométriose rectale pure (BROCQ et VARANGOT,FUNCK-BRENTANO). Nous en rapportons une nouvelle observation (Obs.I).

Il est habituel d'en rapprocher une forme clinique de l'Endométriose de la cloison recto-vaginale,véritable trait d'union entre les localisations génitales et digestive de l'affection.

Née dans la cloison recto-vaginale,elle peut prendre une allure envahissante d'une indéniable gravité réalisant une Endométriose diffuse du pelvis. Nous n'envisagerons pas cette éventualité pour insister plutôt sur son extension exclusive en arrière du rectum dont l'ObservationIest une illustration.

Ainsi peut-elle donner lieu à des manifestations cliniques en tous points identiques à celles de l'Endométriome localisé proprement dit du rectum :rectalgies,constipation,ténesme et même hémor-

ragies.

Cette extension de l'Endométriose recto-vaginale saillant dans la lumière rectale donne au toucher rectal des renseignements semblables,et il apparait difficile de savoir si la tumeur est vraiment dans la paroi musculaire ou en avant du rectum.

Ici aussi un signe apaisant est retrouvé : la muqueuse rectale conserve sa souplesse absolue,ce qui témoigne de son intégrité.

Cette "forme rectale",cet envahissement rectal de l'Endométriose recto-vaginale s'individualise par :

. le toucher vaginal retrouvant dans le cul-de-sac postérieur,contre le col sur la ligne médiane,un petit nodule arrondi ou bien une zone indurée plus ou moins régulière.

. le toucher bidigital précisant que ce nodule se développe aussi bien près du rectum que du canal vaginal.

. enfin, au spéculum,saillent sous la muqueuse de petits nodules arrondis,bleuâtres,très évocateurs de la nature endométriale de la tumeur.

## B ) LE SYNDROME CLINIQUE DIGESTIF DE L'ENDOMETRIOME SIGMOIDIEN

Contrairement à celui de l'Endométriome rectal,le diagnostic de cette localisation sigmoïdienne est infiniment plus malaisé avant l'intervention.

De l'analyse de nombreuses observations,il semble qu'il en existe plusieurs raisons :

- certains signes spectaculaires,notemment l'hémorragie intestinale lors des règles,fréquente dans l'Endométriome rectal, apparaissent plus rarement dans la localisation sus-jacente.

Parmi les4 observations d'Endométriose sigmoïdienne,nous ne retrouvons qu'une fois une hémorragie intestinale (Obs. VI).

- si latumeur est haut située,elle n'est accessible ni au doigt ni même à la sigmoïdoscopie : la biopsie préalable est donc impossible.

- L'Endométriome sigmoïdien se manifeste plus souvent par des signes d'emprunt,ceux de l'Endométriose génitale,les signes coliques passant inaperçus : comme en témoigne un travail récent de la Clinique MAYO : Mc GUFF,DOCKERTY,WAUGH et RANDALL ont étudié dans la bibliothéque de la Clinique MAYO toutes les observations d'Endométriome sigmoïdien ayant entrainé une obstruction clinique. Dans les années I920 à I946,ils ont relevé 48 cas d'Endométriome sigmoïdien et de ces 48 cas,seuls I6 soit le tiers avaient provoqué une obstruction intestinale plus ou moins marquée et parmi ces I6 histoires,4 occlusions ont été retrouvées.

Aussi comprend-on que c'est souvent au cours de l'intervention que l'on découvre avec surprise la tumeur sigmoïdienne.

A l'opposé,c'est une complication digestive brutale qui révèle l'Endométriome sigmoïdien : l'occlusion intestinale aigüe,l'état de la malade s'alarmant,les conditions de l'urgence sont telles que l'étiologie de cet obstacle sigmoïdien est d'emblée et rapidement rapportée au cancer.

Cliniquement,assez rarement nous venons de le dire,l'Endométriome se manifeste par des troubles coliques propres,gardant ce caractère de périodicité,de recrudescence au moment des règles.

Cette particularité évolutive n'apparaitra que grâce à un interrogatoire sérré,bien conduit,et permettra de dépister la nature endométriale du rétrécissement.

Bien des auteurs n'ont pas reconnu ce signe évolutif et ne l'ont mis en évidence que dans une anamnèse rétrospective,postérieure à l'intervention. Car il est quasi-constant.

I) La constipation est le symptôme le plus souvent rencontré :

acquise, la malade ne s'en plaignant que depuis quelques mois,

elle garde ce caractère de rythmicité si précieuse de l'affection, n'apparaissant que lors des règles ( comenstruel constipation" de Mc.GUFF) ou quelques jours avant leur survenue, cédant spontanément; puis permanente mais gardant toujours une intensité accrue pendant les règles.

parfois, elle est remplacée pendant les menstruations par des débacles diarrhéiques alternant avec la constipation.

2) Les crises douloureuses abdominales

Siégeant à gauche, souvent au niveau de la fosse iliaque gauche, d'allure colique sont aussi de fréquence sensiblement égale à la constipation : l'association des deux symptômes est retrouvée dans plus de la moitié des histoires cliniques.

Les épisodes douloureux commencent un peu avant la date des règles et persistent quelques jours. La période menstruelle terminée, tout rentre dans l'ordre.

Ultérieurement, apparaissent de véritables crises subocclusives. Des douleurs épigastriques sont notées.

Par contre les rectorragies menstruelles, les troubles rectaux, fréquents dans la localisation sous-jacente, sont plus rarement cités.

En d'autres circonstances, rarement( il n'a été publié que 20 cas dans la littérature mondiale), l'Endométriose est découverte à l'occasion d'un accident aigü une occlusion intestinale :

. occlusion lentement confirmée après de longues années de constipation et de douleurs abdominales;

. ailleurs, de brefs antécédents de constipation et de ballo-

nement abdominal précèdent de peu l'occlusion.

. L'occlusion peut être le premier et seul signe révélateur de l'Endométriose (Obs. de BLUM et HURTER I949, de PICOT I949)

En conclusion, si l'Endométriome du colon sigmoïde peut se révéler cliniquement par des signes coliques bien banaux, leur caractère acquis et leur recrudescence au moment des règles peuvent être remarqués par l'interrogatoire minutieux.

L'influence du cycle menstruel est la marque essentielle de la nature endométriale de la lésion sigmoïdienne, cette périodicité qui en découle doit faire soupçonner la possibilité d'une Endométriose colique.

L'Examen de la malade est pauvre et insuffisant.

L'état général est bon.

Le toucher rectal ne permettant pas l'atteinte de la tumeur, se borne donc à s'assurer de l'intégrité rectale ( à ce propos, l'association Endométriome du colon sigmoïde et cancer rectal a été observée par BERGERET, FRITZ-GROSS et BRAINE ).

L'abdomen est souple, non douloureux, sauf s'il existe une crise subocclusive où l'on retrouve les signes habituels d'une occlusion subaïgüe basse par obstruction avec signes de lutte.

La tumeur est très exceptionnellement palpable.

Contrairement à l'Endométriome rectal dont les signes retrouvés au toucher rectal sont précieux, l'examen digestif d'une femme atteinte d'Endométriome sigmoïdien ne recueille que des symptômes de piètre valeur.

Mais aussi l'existence ici de manifestations coliques cataméniales survenant chez une femme jeune, non ménopausée, en bonne santé doit conduire à l'exécution d'un lavement baryté et d'une sigmoïdoscopie.

A condition que la localisation sur le sigmoïde ne soit pas

au delà du détroit supérieur, l'examen endoscopique recueille de bons éléments et permet de pratiquer un prélèvement.

C'est par le résultat de l'examen histologique que le diagnostic sera assuré avant l'intervention.

Mais dès que la tumeur n'est pas accessible à l'endoscope, le problème est plus ardu ce qui fait dire à BLUM et HURTER qu'ils " ne voient pas comment l'erreur peut être évitée dans pareil cas, sans ouvrir l'intestin".

## 2 - ARGUMENTS PERMETTANT UN DIAGNOSTIC PRE-OPERATOIRE

Beaucoup d'auteurs pensent,et FUNCK-BRENTANO le soulignait lors d'une communication récente à l'Académie de Chirurgie,que le diagnostic toujours difficile se fera cependant plus volontiers avant l'intervention que pendant.

Aussi conçoit-on que c'est souvent grâce au diagnostic préèopératoire que la nature endométriale de la tumeur sera reconnue,évitant ainsi une opération mutilante et grave au profit d'un traitement plus efficace et plus économique.

Comment étayer le diagnostic d''Endométriose que les signes digestifs précédemment décrits permettront dès maintenant d' envisager en se basant sur leur exacerbation cataméniale ?

On dispose de plusieurs méthodes : elles sont complémentaires et nullement exclusives :

I) l'une consiste à rassembler un faisceau d'arguments cliniques :

déjà le terrain est spécial,

puis,la recherche d'un passé et d'un présent gynécologique suggérant la possibilité d'une endométriose génitale.

2) l'autre consiste à s'aider du secours d'examens complémentaires :

secours efficace de l'examen radiologique quelque soit la localisation colique,

précieux de la rectosigmoïdoscopie si la localisation est basse,

sur,de l'examen histologique du fragment prélevé par biopsie.

Nous terminerons en mentionnant l'intéret du test hormonal employant les hormones sexuelles antagonistes.

## A - LE TERRAIN

Ce que nous avons dit dans le chapitre de l'étiologie au sujet du terrain de l'Endométriose en général se retrouve dans le cas particulier de cette localisation colique.

C'est une femme jeune de 35 à 45 ans,l'affection n'existant pas avant 20 ans,restant exceptionnelle après la ménopause (nous n'avons retrouvé que 3 observations d'Endométriomes coliques post-ménopausiques :FRITZ-GROSS 62 ans,MOCQUOT et MATRY 63 ans,et PICOT 73 ans ).

Cette femme accuse une conservation satisfaisante de l'état général,contrastant avec la relative maigreur des cancéreux,encore qu'un état général satisfaisant soit fréquent dans le cancer colique.

Signe secondaire,par conséquent,révétant parfois une certaine importance : nous rappellerons l'observation de GRAVES qui examina une femme en bonne santé chez laquelle un diagnostic de cancer du rectum inextirpable avait été posé 4 ans auparavant.

## B - LA RECHERCHE D'UNE ENDOMETRIOSE GENITALE

Si l'Endométriome recto-sigmoïdien peut être isolé ou le paraitre cliniquement,il accompagne très souvent une ou plusieurs formations endométriales de l'utérus et des ovaires :parfois,il n'en est que le prolongement.

La recherche par un interrogatoire et un examen minutieux de " manifestations endométriales" est donc utile.

### I° LES ANTECEDENTS

Dans le passé une intervention chirurgicale est parfois retrouvée.Certaines opérations gynécologiques (curetages et hysteropexies) doivent être retenues comme facteur étiologique (BROCQ et

VARANGOT).

Surtout dans le passé obstétrical,la stérilité est fréquente et classique.

L'Endométriose a la réputation d'une maladie stérilisante;et parmi les mères,rares sont celles qui ont de nombreux enfants,nombreuses celles qui ont présenté un avortement.

Nous avons dit que les auteurs de récentes publications (COTTE et MATHIEU,BOLES et HODES) apportaient des conclusions plus optimistes.Nous relevons dans nos observations un pourcentage de fécondité satisfaisant :seule une femme mariée était nullipare.

2° LES SYMPTOMES FONCTIONNELS.

Dans le passé et souvent encore,la femme présente une symptomatologie fonctionnelle riche où domine :

La Dysménorrhée très particulière et courante,retrouvée dans plus de 60% d'observations.

Elle serait due à l'irritation des ilôts de tissu endométrial entrainant des contractions douloureuses de l'utérus (HERBUT),ou à la distension progressive et cyclique des kystes endométriaux disséminés dans la cavité pelvienne.

L'algoménorrhée de l'Endométriose se distingue des douleurs menstruelles relevant d'une autre étiologie par quelques caractères classiques :

- elle est acquise,ne survenant qu'assez tardivement dans la vie génitale;
- tardive,apparaissant au 3ème jour après le début des règles,parfois à leur arrét : dans aucune autre lésion de l'utérus, un horaire tardif n'est respecté comme dans l'Endométriose.
- progressive enfin,de plus en plus pénible,d'intensité insupportable,martyrisant la malade,l'obligeant à s'aliter,rebelle à tout analgésique.

Elle peut s'accompagner de phénomènes péritonéaux : nausées,

vomissements.

Peu à peu la période intermenstruelle indolore devient plus brève et le caractère cyclique des douleurs peut paraitre masqué. Nous ne relevons que dans l'observation IV des antécédents lointains et proches de dysménorrhée.

La dyspareunie est un symptôme fréquemment cité.Elle serait expliquée par la compression nerveuse des implants endométriaux (HERBUT).

Les Méno et Métrorragies d'abondance variable,acquises, dont la particularité est d'être douloureuses aussi. Ce signe est cité 4 fois dans nos observations.

3° L'EXAMEN GYNECOLOGIQUE

- Le toucher vaginal retrouve un fibrome utérin plus ou moins gros et dur.Il peut éclairer le clinicien car il est rare qu'un fibrome banal donne des douleurs menstruelles.

Lorsqu'il siège sur la paroi postérieure,les touchers combinés,vaginal et rectal montrent une tumeur retro-utérine attenante entre les deux organes,sous la forme d'une tuméfaction diffuse comblant le cul-de-sac de Douglas,ou de petits nodules irréguliers et douloureux.

Il est parfois possible de remarquer une infiltration de la cloison recto-vaginale,de valeur certaine lorsqu'une propagation néoplasique est éliminée. C'est un des meilleurs signes,véritable témoin de l'Endométriose.

Le toucher vaginal peut sentir des annexes sensibles,un kyste de l'ovaire,une rétroversion utérine fixée et douloureuse.

- Enfin,l'examen au spéculum découvre dans certains cas au niveau du cul- de-sac postérieur une tuméfaction ou plusieurs nodules arrondis dont la teinte bleuâtre est assez caractéristique pour

qu'une règle s'établisse :devant tout syndrôme occlusif chez une femme encore jeune,l'examen au spéculum est indispensable.

Tous ces signes retrouvés lors d'un premier examen ont une particularité évolutive nécessitant de revoir la malade vers la fin de ses règles :onconstate souvent alors,que les lésions apparaissent plus developpées et plus douloureuses;les règles terminées,par contre,les lésions semblent atrophiées,moins sensibles. C'est dire qu'il faudra reconvoquer les malades chez lesquelles on soupçonne une Endométriose,afin de les examiner de nouveau dans cet esprit.

Il est certain que le diagnostic d'Endométriose est fait très rarement au premier examen puisque manque ce signe évolutif essentiel.

Voilà ce que recueille l'examen gynécologique d'une femme présentant des troubles coliques.Souvent une Endométriose génitale peut être suspectée chez cette femme stérile au long et douloureux passé,fait de dysménorrhée,de dyspareunie,d'augmentation et d'irrégularité du flux menstruel.

Si l'examen gynécologique trouve associée à une tumeur rectale une infiltration de la cloison recto-vaginale variable par rapport aux règles,le diagnostic peut être envisagé.

Egalement la constatation d'une tumeur ovarienne (un ou plusieurs kystes mal limités),d'une tumeur utérine ou salpingienne coexistant avec une tumeur rectale,constitue un argument en faveur de l'étiologie endométriale.

A l'opposé,cependant lorsqu'il existe une continuité entre les deux lésions génitale et rectale,la propagation d'un néoplasme rectal vers les voies génitales peut être difficilement éliminée. En remarquant les modifications cataméniales de ces tumeurs,le diagnostic étiologique peut être rétabli.

4° Citons enfin 2 techniques appelées à rendre de grands services dans le diagnostic d'Endométriose génitale(utérine ou tubaire).

L'Hystéro-salpingographie

Au niveau de l'utérus sont aisément reconnus les diverticules irréguliers siégeant sur le fond utérin près des cornes.

Au niveau des trompes,les images siègent sur la partie initiale de l'isthme,donnant un aspect chevelu,arborescent,en"boule de gui".

La Coelioscopie

Cette investigation endoscopique est susceptible d'apporter des renseignements précieux en faveur d'une Endométriose génitale dont cette femme qui souffre et n'est pas soulagée par les traitements est peut-être atteinte : petits foyers d'Endométriose sous forme de granulations en pointe d'épingle sur les trompes,sur le ligament large et le ligament propre de l'ovaire (LENZI, LE LORIER,PALMER).

Par contre,la coelioscopie est insuffisante dans la recherche des localisations intestinales.

## C - LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

### I° L'Examen endoscopique

Ici encore,les résultats sont variables suivant que la rectosigmoïdoscopie est exécutée pendant ou en dehors des règles.

Elle découvre : une tumeur située sur la face antérieure à distance variable de l'ânus,recouverte complètement par la muqueuse rectale.

L'état de la muqueuse est habituellement fort différent de celle du cancer du rectum.

- elle peut être vue inaltérée,de coloration normale;la tuméfaction apparaissant sous une muqueuse saine.

- la muqueuse peut être érodée,légérement chagrinée,de teinte rouge vif,saignotante en certains points,reposant toujours sur une infiltration pariétale plus ou moins ferme ou cartonnée selon les périodes d'examen (R.BENSAUDE).

- à proprement parler,il n'y a pas d'ulcération véritable,mais des érosions qui peuvent très bien être d'origine traumatique puisqu'il existe une infiltration sous-jacente. Le saignement ainsi que les érosions disparaissent pendant l'intermenstrum.

- enfin, de petites turgescences polypoïdes plus ou moins érectiles simulant d'assez près les végétations néoplasiques peuvent être rencontrées (Obs. de BENZ 1952)

Il est fréquent que la rectoscopie ne puisse voir la tumeur endométriale lorsqu'elle est trop haut située,ou que le tube bute

sur l'induration lui interdisant l'entrée dans le sigmoïde.Mais il existe des signes négatifs sous-jacents importants :absence de sérosité sanglante,d'inflammation muqueuse comme cela est ordinaire au voisinage d'un néoplasme.

Ainsi les constatations ont-elles dans leur relative pauvreté une grande signification,si on les compare aux renseignements que l'on recueillerait s'il s'agissait d'un néoplasme: elles permettent d'affirmer que la tumeur est essentiellement sous-muqueuse :c'est un caractère précieux de l'Endométriome sans être un signe exclusif.

Dans certains cas,l'aspect endoscopique n'est net qu'au moment des règles. Ailleurs,le diagnostic de cancer parait encore probable bien que l'absence d'ulcération fasse douter de la nature maligne de la tumeur surtout si on la replace dans le cadre des signes fonctionnels et ceux de l'examen précédemment décrits.

Dans l'Observation I,la rectoscopie fut très utile: elle confirma un diagnostic évoqué par l'examen en montrant une tumeur intra-pariétale recouverte d'une muqueuse légèrement congestive mais saine. Elle permit deux ans plus tard de reconnaitre une discrète récidive.

Quels que soient les renseignements apportés,la rectoscopie permet la Biopsie.

2° La Biopsie

Il est possible de prélever un fragment de tissu pathologique si la lésion est rectale ou recto-sigmoïdienne,cependant une prise négative est fréquente car la lésion est sous-muqueuse.Par contre la biopsie est impossible si la tumeur siège à la partie moyenne de l'anse sigmoïdienne.

Aussi rend-elle de grands services pour reconnaitre une lésion

dont le siège rectal entrainerait si elle est prise pour un épithélioma,une amputation du rectum avec anus iliaque définitif.

A l'opposé,son secours est moins nécessaire s'il s'agit d'un endométriome sigmoïdien car la confusion avec un cancer sigmoïdien dans ce cas entraine des conséquences moins redoutables,le chirurgien ne pratiquant qu'une résection colique segmentaire,intervention sérieuse certes,mais conservatrice quant à la fonction.

Pour cette raison,les auteurs se consolent de son intérét réduit dansl'Endométriome sigmoïdien.

Par contre,c'est une attitude difficilement admissible que de de ne pas l'utiliser dans une localisation basse sous prétexte qu'elle peut être dangeureuse (FINSTERER) ou insuffisante en raison du petit volume des fragments prélevés (BERTRAND ).

En vérité,plus souvent,on ne l'a pas pratiquée parce qu'on n'y a pas pensé.

Pour la simple raison que la biopsie pré-opératoire peut éviter une opération mutilante,la plupart prélèvent de parti pris un fragment de toute tumeur rectale chez une femme encore réglée,même si ce geste parait inutile.

C'est souvent son résultat qui redresse le diagnostic,et la surprise a été telle chez certains chirurgiens qu'une nouvelle biopsie a été refaite.

Très exceptionnellement,le résultat de la biopsie montre la coexistence d'un Endométriome et d'un néoplasme du rectum (Obs. de BRAINE).

3° L'Examen radiologique

Pratiqué en dehors de l'occlusion intestinale,il apporte des signes favorables.

Utilisant une technique habituelle,après préparation de la malade,on donne un lavement baryté sous faible pression en suivant la progression du produit opaque afin de prendre des séries de clichés à la moindre anomalie - clichés en réplétion,après évacuation avec insufflation,selon diverses incidences.

Les Résultats :

La traduction fondamentale des Endométriomes est le rétrécissement.

I- Bien mis en évidence sur les clichés pris en réplétion : unique ou multiple.

Il est assez serré,évoquant au premier coup d'oeil la possibilité d'un néoplasme.

Pourtant cette image est un peu spéciale :

. le calibre de l'intestin n'est pas également rétréci sur toute sa circonférence,la lumière colique est excentrée.

. les bords sont arciformes à concavité externe comme tracés au compas plutôt que rectilignes.

. enfin,le liseré de sécurité est continu :l'intégrité et la continuité de la muqueuse qui conserve ses plis est un signe radiologique fondamental.

En général,le rétrécissement n'est pas étendu,risquant de passer inapperçu si le sigmoïde n'est pas bien déroulé,si des cli-

chés de profil vrai ne sont pas pris.

Ce sont des rétrécissements souples comme en témoigne la progression facile sans arrêt du lavement baryté,les modifications des segments intestinaux sus et sous-jacents.

Les modifications fonctionnelles sont notées :
perte de segmentation haustrale normale,spasme,hypertonie,intolérance au produit baryté,douleur à la palpation sous écran.

L'emploi des modificateurs du tonus confirme la souplesse de ces rétrécissements : les contractions les franchissent aisément.

2- Sur les clichés après évacuation,les lésions paraissent encore particulières :

images arciformes,nées par le relief muqueux témoin des proliférations sous-muqueuses.

3- Clichés pris après insufflation, confirment l'intégrité du liseré de sécurité.

Ici aussi,les signes radiologiques se modifient selon les phases du cycle ovarien.

Cette image est sensiblement différente de celle du cancer colique :

l'absence de lacune,de collerette d'invagination permettent d'éliminer une lésion pariétale maligne.
Le défilé tumoral de l'Endométriose est plus régulier,moins nettement délimité vers le colon d'amont ou d'aval,qu'en cas de sténose cancéreuse (SEILLE).

L'élimination de la recto-colite hémorragique est facile sur l'aspect radiologique, cette affection s'accompagnant de microcolie et d'atteinte diffuse du colon terminal.

Un polype peut préter à confusion quand sa base d'implantation est sessile.

Une compression colique extrinsèque est souvent difficilement éliminée sur les clichés (Obs. I ).

Le lavement baryté pratiqué pour une occlusion intestinale aigüe montre un arrét, une image d'amputation, affirmant le siège de l'obstruction, mais l'erreur quant au diagnostic étiologique est presque certaine ( BLUM et HURTER, PICOT, CARCASSONNE et MATHIEU).

4° Le Test Hormonal

L'action thérapeutique bienfaisante des hormones sexuelles mâles a été mise en évidence et utilisée dès 1941 par MOULONGUET qui propose l'emploi du propionate de testostérone.

Déjà intéressante pour les guérisons ou améliorations qu'elle peut apporter, cette médication peut être utilisée dans un but diagnostique:
en pratiquant un traitement d'attaque de 200 mg, injectés à raison de 2 piqûres I.M. de 25 mg par semaine, on doit obtenir une diminution rapide des masses endométriales.

C'est un signe qui emporte la conviction dès qu'il est net. Il est peu employé cependant, car ses résultats sont longs à se dessiner, et on lui préfère le test utilisant l'hormone antagoniste : la folliculine.

L'injection I.M. de IO.000 unités de benzoate de folliculine, pratiquée une semaine avant la date des règles déclenche une "poussée endométriale" et extériorise les constatations endoscopiques douloureuses.

Au terme de cette étude analytique,retenons les principaux aspects cliniques qu'emprunte l'affection,ses circonstances de découverte diverses,les éléments cliniques et paracliniques qui permettent de poser un diagnostic pré-opératoire.

Le syndrôme clinique de l'Endométriome rectal ou sigmoïdien réalise dans la grande majorité des cas une association de signes coliques,témoins de la tumeur intestinale et de signes gynécologiques en rapport avec une endométriose génitale.

Mais cette association est extrèmement variable,permettant d'isoler autant de Formes Cliniques :

- Parfois, on examine une malade présentant des troubles génitaux,la symptomatologie digestive est quasi-absente,trop pauvre et discrète pour que des investigations radiologiques ou endoscopiques soient exigées ou même se justifient... et c'est au cours de l'intervention menée pour l'affection gynécologique que le chirurgien découvre,avec surprise,la lésion colique.

Cette circonstance de découverte de l'Endométriome colique est retrouvée dans 4 de nos Observations :Obs. II. III. V. VI. Dans l'une d'entre elles,cependant (Obs.III),des facteurs exceptionnels (femme sourde-muette,médiocrement rééduquée et d'état mental arriéré) ont empéché tout interrogatoire : il est probable qu' il existait des signes fonctionnels digestifs,la tumeur sigmoïdienne étant de la taille d'une balle de tennis,très dure,infiltrant la paroi. Dans les autres observations la symptomatologie digestive était très discrète.

- Souvent,c'est une malade adressée pour des troubles coliques;les signes génitaux sont frustes,au deuxième plan.

Les hémorragies intestinales,les troubles du transit,voire l'occlusion intestinale entrainent toute une série d'examens : les touchers,des radiographies coliques,une rectosigmoïdoscopie qui apportent des arguments certainement favorables à l'Endométriome.

Malgré ceux-ci,pressé par l'urgence occlusive,ou obnubilé par l'argument de fréquence jouant en faveur du néoplasme,c'est très souvent avec le diagnostic d'épithélioma recto-sigmoïdien que le chirurgien pratiquera l'intervention.

Nous présentons une observation où dominaient les troubles rectaux (douleurs anales,hémorragies intestinales),les signes gynécologiques restant au deuxième plan (Obs.I).

C'est avant l'intervention que le diagnostic fût posé sur l'examen clinique,confirmé par les investigations endoscopiques et radiographiques.

Une amputation du rectum a été ainsi évitée.

Dans le cadre de ce chapitre,isolons la forme occlusive, assez rare : nous pensons qu'il existe une vingtaine de cas publiés (Observations de BLUM et HURTER,PICOT,CARCASSONNE,OKINCZYC). THIERSTEN qui rapporte 3 observations fut le seul dans une circonstance à faire un diagnostic étiologique précis.

- En d'autres occasions,plus heureuses,les signes digestifs révélant l'Endométriome colique surviennent chez des malades qui ont un passé gynécologique : dysménorrhée,fibromyome,kyste de l'ovaire pour lesquels elles ont été opérées.

Au cours de cette intervention ancienne,ou sur les résultats de l'examen anatomo-pathologique,le diagnostic d'Endométriose génitale avait été fait.

Cet antécédent est précieux,le jour où apparaissent des

signes digestifs : nous présentons une observation (IV) semblable à ce schéma:

Chez une femme opérée 5 ans auparavant d'un kyste de l'ovaire hémorragique avec nodules endométriaux sur le ligament large, l'apparition de signes coliques et l'aspect des images radiologiques permirent de suspecter une localisation sigmoïdienne.

- Enfin,telle malade présentera une symptomatologie digestive et gynécologique également bruyantes.

Rappelons les Formes Cliniques exceptionnelles que nous avons citées :

l'Endométriose colique chez la femme menopausée (Obs. de FRITZ-GROSS,PICOT,MOCQUOT),

l'Endométriome associé à un cancer du rectum (BRAINE, HAWTHORNE,BERGERET).

Avant l'étude du diagnostic per-opératoire,concluons sur les arguments cliniques et complémentaires en faveur de l'étiologie endométriale de la tumeur colique :

- l'association de troubles coliques et gynécologiques survenant chez une femme de 35,40 ans.

- la recrudescence cataméniale des troubles.

- l'intégrité de la muqueuse aux examens radiologiques et endoscopiques.

Le diagnostic différentiel est dominé par le cancer colique auquel on pense immédiatement :les pertes glaireuses,les rectorragies continues,les alternatives de diarrhée et de constipation sont les principaux signes fonctionnels.

Les signes radiologiques sont différents :défilé irrégulier,tortueux très localisé,image d'arrét moulant le pôle tumoral déterminant l'aspect de calotte sphérique; image lacunaire localisée marginale de contours irréguliers creusés d'une niche centrale.

La rectosigmoïdoscopie prend un intéret considérable permettant de prélever un fragment pour la biopsie.

La symptomatologie colique des sigmoïdites est également très proche,mais l'image radiologique :image de sténose régulière, étendue,et les aspects recto-sigmoïdoscopiques :lésions oedémateuses avec ulcération superficielle sont différents.

Les images de tumeur bénigne (polype,lipome),ou celles d'une compression colique extrinsèque sont souvent difficilement éliminées sur les différents clichés.

## LE DIAGNOSTIC OPERATOIRE

Déjà difficile à reconnaitre avant l'intervention,l'Endométriome rectal ou sigmoïdien peut être méconnu ou plus exactement confondu par le chirurgien.

La difficulté du diagnostic peropératoire est infiniment variable :

I) Elle peut être extrême en l'absence de localisation ovarienne ou tout autre pelvienne. Dans ces conditions les plus défavorables et non exceptionnelles,les dernières chances existaient avant l'intervention. Au cours de celle-ci le diagnostic sera celui de cancer colique. Notre observation III en est un exemple.

2) Tout aussi malaisé est le diagnostic lorsque l'Endométriome recto-sigmoïdien est accompagné de lésions génitales endométriales,prenant un aspect banal; ainsi,souvent,c'est un fibrome,commun à la vue et au palper qui trompe le chirurgien; et seul,l'examen histologique révélera l'intrication d'une Endométriose réelle et d'un myome.

Il nous semble qu'une des preuves les plus démonstratives de la difficulté du diagnostic per-opératoire est retrouvée dans une observation d'OEHLECKER parue dans "Hamburg Zentral-blatt für Chirurgie".Cet auteur bien qu'ayant fait le diagnostic clinique d'Endométriome sigmoïdien s'est trouvé en présence d'une tumeur qui avait tellement l'aspect d'un cancer qu'il modifia à tort son diagnostic.

3) Au contraire, un Endométriome recto-sigmoïdien sera plus aisément reconnu en cours d'intervention s'il n'est qu'un des éléments d'une Endométriose diffuse et extensive du pelvis; encore qu'à l'opposé l'erreur serait de tomber dans l'excès contraire et de méconnaitre la possibilité d'un cancer authentique du colon terminal, coïncidant avec une endométriose génitale. Toute lésion tumorale colique accompagnant une Endométriose, n'est pas un Endométriome : observation de POILLEUX rapportée lors d'une séance à l'Académie de Chirurgie (Juin 1956) qui relate l'histoire d'une femme opérée pour une Endométriose utérine. On découvre une tumeur du sigmoïde. A cause de l'absence de préparation colique on ne pratique qu'une hystérectomie. Ultérieurement le diagnostic histologique indique qu'il s'agissait d'un cancer colique. Cette possibilité, on le comprend, ne facilite ni le diagnostic ni la tactique opératoires.

En présence de quels renseignements recueillis méthodiquement se trouve le chirurgien lorsqu'il opére un Endométriome du recto-sigmoïde ?

- Le Fibrome de l'utérus est retrouvé très souvent. L'association fibrome et Endométriome colique est fréquemment mentionnée dans les observations et retient toute l'attention des auteurs.

Certes, si l'aspect de l'adénomyomatose utérine se confond souvent avec celui d'un fibrome, et est donc d'un pauvre secours, ces tumeurs utérines adénomyomateuses présentent quelquefois plusieurs singularités : elles sont moins bien limitées, plus molles, criant moins sous le couteau, et la coupe est parsemée de micro-

kystes contenant du sang. Ces signes inhabituels peuvent être mis en évidence par un aide en cours d'intervention dès que "la pièce est tombée".

- La présence de Kyste de l'ovaire, témoin de l'endométriose ovarienne est un des arguments les plus précieux pour le diagnostic en cours d'intervention,et ceci pour deux raisons :

. ils sont extrèmement fréquents,
. leurs caractères singuliers permettent d'affirmer macroscopiquement l'étiologie endométriale :

= tout d'abord le siège de l'endométriose ovarienne,
exceptionnellement à droite,
parfois bilatérale
le plus souvent à gauche,

= puis les rapports très intimes qu'elle contracte avec le péritoine pelvien et le colon sigmoïde par l'intermédiaire d'adhérences.

= enfin,la libération malaisée de ces adhérences entraine immanquablement l'ouverture et la rupture des formations kystiques endométriales,et il s'en écoule un liquide noirâtre,brunâtre ou de couleur rouille,poisseux,justifiant la dénomination de kystes goudron,de "schokolade kyste" des auteurs germaniques,ou ovarian hematoma des anglo-saxons.

L'examen de l'ovaire permet d'observer tous les stades évolutifs des kystes endométriaux:
cicatrices blanchâtres
taches hémorragiques
kystes petits ou plus volumineux,atteignant un ou plu-

sieurs centimètres de diamètre.

Insistons de nouveau,sur l'immense valeur de ces kystes goudrons,pratiquement toujours d'origine endométriale,adhérents, coincés entre la face postérieure de l'utérus et le colon sigmoïde.

Associés à une tumeur du gros intestin,ils autorisent presque à porter le diagnostic d'Endométriose colique.Les cancers associés étant toujours possibles,il faut cependant attacher une grande valeur aux arguments locaux que le chirurgien retrouvera par l'examen de la tumeur.

La présence du kyste goudron de l'ovaire associé à une tumeur recto-sigmoïdienne offre un double intéret :

- d'abord diagnostique
- mais aussi pathogénique,soulevant le problème de l'origine des Endométrioses coliques.

On peut imaginer que l'atteinte du sigmoïde se fait par une greffe de l'Endométriose ovarienne gauche,ces deux tumeurs étant en contact direct dans le petit bassin.

Ainsi,dans ce cas,la théorie des greffes de SAMPSON trouve-t-elle un appui.

- Au niveau du cul de sac de Douglas,l'examen découvre des taches hémorragiques,des nodules de un centimètre de diamètre, (souvent déjà perçus aux touchers pelviens).

Ils sont rouge brun ou bleuâtres,et leur présence ainsi que leur aspect suggère l'existence d'une Endométriose.

Parfois il ne s'agit que de microkystes dont la couleur est bien évocatrice aussi.

Sur la face postérieure de l'utérus,on remarque une cicatrice étoilée épaisse,très spéciale,légérement ombiliquée,bridant

l'utérus et empêchant de le mobiliser. SAMPSON et DELANNOY y in-sistent et la citent comme fréquente.

Au niveau de la portion isthmique de la trompe on peut retrouver des nodules circulaires: c'est la salpingite nodulaire.

Enfin la présence de sang intrapéritonéal dans le Douglas est plus rare.

Nous soulignerons une dernière caractéristique de ces aspects opératoires. Tout comme les manifestations cliniques sur lesquelles nous avons déjà insisté, les lésions anatomiques sont variables dans le temps suivant la phase du cycle:

il existe en effet des lésions pathologiques transitoires, apparaissant au moment des règles, disparaissant pendant l'intermenstrum.

Pour les signes cliniques, cette variabilité cyclique quasi pathognomonique est aisément mise en lumière, car il est habituel de pratiquer des examens répétés à quelques jours d'intervalle.

Ce n'est pas le cas pour l'exploration anatomique, qui d'ordinaire n'est pas renouvellée dans un bref délai (à moins d'avoir fait une laparoscopie quelques semaines avant). On peut être ainsi amené, si la laparotomie est faite au cours de l'intermenstrum, à n'observer que des lésions frustes et trompeuses.

Par contre une exploration pratiquée à l'approche des règles met en évidence des lésions caractéristiques.

La TUMEUR SIGMOIDIENNE ou RECTALE :

Si elle est isolée,s'il n'existe aucun signe pelvien en faveur de l'endométriose,si avant l'intervention ni les clichés radiologiques,ni la rectosigmoïdoscopie n'ont permis d'affirmer l'intégrité de la muqueuse,cette tumeur sera prise pour un néoplasme.

Dans de telles circonstances,tous les auteurs la décrivent comme un squirrhe en ficelle,en virole,une tumeur dure,pierreuse maligne,sténosante,souvent extrémement adhérente aux organes voisins et simulant une extension cancéreuse.

De nombreux auteurs français et étrangers (BIEBL,OEHIECKER, OCKINZCYC,PAPIN,BLUM et HURTER,GUNY,CARCASSONNE etMATHIEU,TAILHEFER BAUMANN,KORN et SAVAGE ...) ont porté un diagnostic erronné devant une Endométriose recto-sigmoïdienne isolée.

La taille de la tumeur est variable :on l'a comparée à une noix,parfois plus petite,parfois plus volumineuse :dans notre observation III elle avait la taille d'une balle de tennis.

Elle est située plus souvent sur le bord libre que sur le bord mésentérique.

C'est avec soin et de parti pris que le chirurgien rechera certains aspects de la tumeur en faveur de l'Endométriose,ou tout au moins inhabituels dans le cancer :

- il existe des tractus fibreux entrainant des ombilications et des plicatures,d'allure cicatricielle.Cet aspect est très net lorsque la tumeur est double (éventualité non exceptionnelle).Cestractus sectionnés,l'anse intestinale reprend toute son

ampleur et peut être déroulée.

- de petits placards blanchâtres ressemblant à de la périviscérite sont souvent associés à la tumeur.

- on rencontre encore sur la tuméfaction,de petits kystes de la taille d'un grain de mil,et de couleur bleuâtre, ("une petite bosselure bleuâtre de la taille d'un grain de blé" dit SEILIE). S'ils sont plus volumineux,petits nodules rouges, saignant,ils simulent des végétations néoplasiques.

Ces particularités font que cette tumeur à première vue cancéreuse,ne ressemble pas tout à fait à un épithélioma :elle parait clivable,comme enchassée dans la paroi intestinale.

L'absence de ganglions enfin est quasi-constante:la muqueuse étant intacte,il n'y a pas de lésions inflammatoires,ni de métastases lymphatiques.

L'intégrité de la muqueuse est un signe primordial;de rares exceptions ont cependant été rencontrées :CARCASSONNE dans son observation II (Marseille Chirurgical,Janvier 1953) cite une lesion qui rétrécissait le calibre de l'intestin,avec une ulcération saignante au-dessus de grappes kystiques.

Les ganglions étaient nettement visibles.Bien qu'il existât une endométriose ovarienne et des microkystes suggérant la nature endométriale de la tumeur,cet auteur,justement impressionné par les adénopathies,l'ulcération et la nature sténosante de la tumeur n'a pas éliminé le diagnostic de néoplasme et a pratiqué une hémicolectomie gauche.

L'intégrité de la muqueuse que l'on ne rencontre pas dans le cancer peut-elle être mise en évidence en cours d'intervention ?

Certainement par la sigmoïdo ou rectotomie d'exploration : cette méthode doit être utilisée au moindre doute malgré certains dangers infectieux et certaines difficultés techniques si la tumeur est basse :elle permet de voir la muqueuse colique saine,et de traiter cette lésion bénigne de façon adéquate.

La BIOPSIE EXTEMPORANNEE.

C'est la méthode qui affirmerait à coup sûr le diagnostic de la lésion.Elle présente de nombreuses difficultés techniques et tactiques qui la rendent malheureusement peu réalisable:

- d'abord,il est parfois difficile d'obtenir immédiatement le concours d'un médecin anatomo-pathologiste possédant le matériel nécessaire,pour toute tumeur colique reconnue avant l'intervention; a fortiori si elle n'est découverte qu'au cours de la laparotomie.

- toute biopsie extemporanée de lésion digestive est sujette à caution.

- enfin cet examen peut être dangereux.

Il n'en reste pas moins que cet examen critiquable quant à son emploi,est primordial et rendrait de grands services pour une tumeur basse,rectale,dont l'éxérèse entraine une mutilation grave et définitive.

Le fragment de la tumeur,prélevé au bistouri,est examiné ,

soit à l'Ultropak,soit par coupe,obtenue par congélation.

La constatation de tubes glandulaires ou de cavités contenant du sang,tapissées d'un épithélium cylindrique et entourées d'un chorion cytogène,avec un stroma vasculaires et quelques fibres musculaires lisses,permet un diagnostic certain.

On en rapproche une méthode plus infidèle :l'examen direct par frottis du liquide intra-kystique.

La présence de grandes cellules hématophages,pseudo-xanthomateuses seraient un indice pathognomonique de l'Endométriose,pour HEINMANN.

Par contre,DELANNOY pense que cette méthode est trop incertaine pour le diagnostic per-opératoire et que ces cellules pseudo-xanthomateuses sont des macrophages rencontrés dans tous les vieux épanchements.

# L E  T R A I T E M E N T

Je ne puis tenir l'action chirurgicale comme opportune dans la cure des Endométrioses...je puis pouvoir affirmer que l'hormonothérapie mâle est actuellement le meilleur traitement de l'Endométriose " MOULONGUET.

" Lorsque l'on soupçonne une Endométriose,il faut opérer d'abord pour assurer le diagnostic et l'on peut espérer en opérant précocement,faire une intervention conservatrice " BROCQ.

" Il nous parait difficile de préférer à une opération bénigne comme l'ablation des ovaires,une opération intestinale sévère comme une résection colique segmentaire " DELANNOY.

" Je voudrais savoir dans quelles conditions il est préférable de subir une castration ou une résection segmentaire sigmoïdienne " disait HEPP au cours d'une discussion à une séance de l'Académie de Chirurgie. Si nous avons bien compris sa pensée,il semble que cet auteur n'hésite pas à préferer la résection colique.

Nous citons ces quatre opinions diamétralement opposées, car elles montrent l'immense désaccord en matière de thérapeutique.

On dispose pour traiter l'Endométriome colique de trois méthodes :

chirurgicale, médicale, radiothérapique.

Chacune de ces diverses méthodes trouve des justifications, mais présente certains inconvénients : nous les exposerons, puis nous fixerons les indications thérapeutiques.

Le traitement de cette affection est dominé par plusieurs notions importantes et doit être accompli en fonction de quelques principes primordiaux :

I) L'Endométriome recto-sigmoïdien est une tumeur bénigne à l'exception de certaines formes très rares qui peuvent présenter une évolution maligne et envahissante (surtout vis à vis des uretères) DELANNOY.

2) Tumeur bénigne qu'il faut reconnaitre, et nous savons qu'elle simule de façon frappante une tumeur maligne. Aussi les obstacles à la précision du diagnostic entrent-ils en ligne de compte et le traitement de l'Endométriome colique se confond-il souvent par erreur avec celui d'un néoplasme.

3) La biologie des Endométriomes est étroitement liée à l'activité des ovaires : la castration chirurgicale ou radiothérapique et la ménopause entrainent une régression de la tumeur. Mais le caractère mutilant de cette méthode supprimant la fonction ovarienne nous invite à retenir un facteur d'ordre psychologique.

4) L'âge de la malade et son désir de maternité méritent attention : ce sont des femmes encore jeunes soufrant de stérilité,mais nous pensons que l'Endométriose et la gestation sont compatibles.

5) Doivent être prises en considération enfin,la localisation et les caractéristiques de la tumeur sur le rectum ou sur le sigmoïde,ainsi que les autres localisations endométriales accompagnant la tumeur colique : le traitement d'une Endométriose diffuse et celui d'un Endométriome colique sténosant et isolé sont très différents.

La coexistence possible d'un néoplasme colique modifie évidemment le traitement.

## LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

Il est conseillé par la plupart des auteurs.Nous avons cité au début du chapitre l'opinion de MOULONGUET hostile au traitement chirurgical de cette " lésion de système presque toujours récidivante paraissant échapper à la chirurgie ".

### Avantages et justifications de la chirurgie.

- permet de faire un inventaire des lésions " la laparotomie est nécessaire et permet seule un inventaire du petit bassin "DELANNOY.

- donne des chances supplémentaires à l'établissement d'un

diagnostic exact.

- offre deux possibilités au chirurgien qui choisit, soit l'une supprimant la fonction ovarienne : castration; soit l'autre visant directement la tumeur colique : résection segmentaire suivie d'un rétablissement de la continuité intestinale, ou résection limitée de la tumeur.

Il faut ajouter pour citer toutes les méthodes utilisées l'amputation du rectum et l'opération de HARTMAN qui ne sont en fait que des attitudes thérapeutiques secondaires à une erreur de diagnostic. Elles sont opposées aux interventions précitées, parce qu'elles ne se justifient jamais dans le traitement de l'Endométriome rectal.

La castration chirurgicale.

Le développement de l'Endométriose étant intimement lié à l'existence de la sécrétion ovarienne, il est logique de traiter cette maladie par la castration. On constate en effet qu'en supprimant la source des hormones ovariennes, on stoppe le développement de l'affection.

Les succès de cette méthode paraissent assez constants : ( observation de CARCASSONNE et MATHIEU, DELANNOY et PATOIR, WEITI).

Les bons résultats de nos observations II et V apportent une preuve supplémentaire de l'éfficacité de cette thérapeutique.

De nombreux auteurs francais et étrangers sont favorables à la castration. DELANNOY estime que l'attitude consistant à pro-

tiquer une castration sans toucher à la lésion colique est légitime lorsque le problème diagnostique est résolu car la résection colique comporte plus de hasards que la simple ovariectomie. WELTI partage cette opinion et pense que " la résection intestinale est superflue,la castration fait disparaitre les lésions évoluées,et évite les difficiles résections colo-rectales ".

Mais on peut objecter qu'il s'agit d'une intervention mutilante : aussi ne devra-t-on jamais y recourir de façon systématique. DELANNOY disait dans son rapport que " l'équation Endométriose = castration parait trop élémentaire et trop barbare ".

Les auteurs anglo-saxons ont insisté sur le caractère excessif de cette intervention en particulier MEIGS et THIERSHEN,qui préfèrent réséquer la tumeur colique et laisser à la malade un espoir,une chance de maternité.

Mc GUFF présente une statistique dans laquelle sur I3 Endométriomes il a pratiqué I2 fois une résection intestinale et 5 fois seulement une castration.

BOLES et HODES choisissent le traitement conservateur chez des femmes susceptibles d'avoir des enfants.

D'autres auteurs (FUNCK-BRENTANO ) sont assez favorables à la castration,à condition d'une certitude diagnostique. Or celle-ci est très difficile voire impossible si l'Endométriome colique est isolé.

D'autre part,la castration ne peut rétablir un transit définitivement compromis si la lésion sigmoïdienne est ancienne,infiltrée de fibro-sclérose,et devenue irréversible.

FINSTERER est persuadé que les 3 résections qu'il pratique (en pensant d'ailleurs qu'il s'agissait d'un cancer) étaient tout de même nécessaires en raison de la sténose.

LEGER rappelle (séance Académie de Chirurgie Juillet 1959) l'histoire de 2 observations d'Endométriome sigmoïdiens évoluant après la ménopause et se demande si la castration isolée est suffisante à entrainer une guérison définitive.

MIALARET a traité un Endométriome colique par castration et a remarqué une bonne évolution clinique, mais l'absence de régression de la lésion colique aux examens radiographiques répétés.

Nous connaissons l'observation de PICOT : Endométriome sigmoïdien chez une femme castrée depuis 38 ans. L'évolution défavorable après castration parait s'expliquer soit par la sécrétion d'hormones hypophysaires et surrénaliennes suppléant la fonction ovarienne, soit par l'irréversibilité d'une lésion sclereuse.

Enfin il est prouvé que certains foyers d'Endométriose sont susceptibles de régression spontanée.

La castration légitime et efficace très souvent, peut en certaines circonstances n'apparaitre ni nécessaire ni suffisante. Son caractère radical l'oppose à la résection partielle de l'ovaire : cette technique très peu employée présente des avantages certains : elle entrainerait une diminution quantitative de la sécrétion ovarienne capable d'agir sur la tumeur colique sans supprimer les fonctions menstruelles et procréatrices.

La résection colique segmentaire.

Cette méthode conservatrice offre de nombreux avantages :

- elle peut amener une guérison durable parfois définitive,
- elle laisse un espoir de grossesse à des femmes qui n'ont pas d'enfant;
- elle évite les troubles de la castration en maintenant un équilibre endocrinien;
- une des meilleires justifications enfin de cette méthode est représentée par son très bon pronostic immédiat, contrairement au geste analogue pratiqué pour un néoplasme.

Nous donnons les chiffres de ROUX et CARCASSONNE relatifs à la mortalité opératoire des types d'intervention pour cancers (Les cancers du colon, Ed. Masson) :

- résection recto-sigmoïdienne en I temps, 7I cas, avec 4 décès, soit 5%.
- résection segmentaire, hémicolectomie ou colectomie gauche vraie en I temps, I2I cas avec I3 décès soit un peu plus de I0%.

La résection colique pour Endométriome sigmoïdien a un meilleur pronostic en raison du bon état général, de l'absence d'infection, et d'une résection plus limitée.

Nous n'avons retrouvé qu'un seul décès (embolie pulmonaire), observation de MATRY I930.

Il est probable que cette intervention ne comporte à peine plus de risques (à la différence d'il y a 20 ans) qu'une castration chirurgicale.

Le seul reproche formulé à l'égard de la résection colique isolée est son insuffisance d'autres foyers endométriaux peuvent à leur tour évoluer puisque persiste la sécrétion ovarienne.

La question est de savoir si l'on peut mettre en balance l'espoir de maternité et le rsique de récidives. Le choix se fera selon diverses circonstances : habitudes du chirurgien,désirs de la malade,son âge,sans oublier l'aspect topographique des lésions diffuses ou localisées,ni le caractère scléreux de la tumeur.

Le seul danger que court la malade est celui des récidives: mais d'une : part,celles ci sont également possibles après la castration ovarienne,d'autre part,les possibilités thérapeutiques des rechutes sont nombreuses (l'hormonothérapie et la radiothérapie sont en particulier très efficaces ).

La simple résection limitée de la tumeur est rarement pratiquée (excision cunéiforme de la tumeur :BERARD et CROIZAT,ou excision elliptique avec suture transversale : Mc.LEAN),mais elle requiert deux conditions :

certitude absolue du diagnostic,

conditions locales favorables à l'éxérèse : tumeur limitée,non sténosante.

Nous présentons une observation (obs.I) où cette opération a été pratiquée (résection verticale en losange avec suture transversale).

Nous pensons que la résection limitée est une très bonne intervention bien que persiste toujours le risque de récidive.

L'amputation du rectum ou l'opération de Hartman ne se justifient jamais dans le traitement d'un Endométriome rectal.

## LE TRAITEMENT MEDICAL

### L'Hormonothérapie mâle

Recommandée par MOULONGUET (1938), BECLERE, TURPAULT. Son mécanisme d'action est encore mystérieux mais son efficacité est certaine : tout se passe comme si l'Endométriose était neutralisée par la testostérone.

Cette thérapeutique améliore les symptômes : hémorragies et douleurs et fait diminuer la tumeur sigmoïdienne (cette action peut être utilisée comme traitement pré-opératoire).

Elle est employée avec beaucoup de réussites dans les récidives post-opératoires et certains la préconisent au début de l'affection.

On donne dans le traitement d'attaque des doses fortes de l'ordre de 200 à 400mg de propionate de testostérone par mois, à raison de 2 injections I.M. par semaine.

Le traitement d'entretien ultérieur réclame une dose de 100mg

Ses inconvénients :

- onéreux en raison de la lenteur de son action ( DELANNOY).
- surtout, les doses élevées entrainent des phénomènes indésirables de défiminisation, voire des accidents de virilisa-

tion qui ne disparaissent pas toujours à l'interruption de la drogue. Les androgènes non virilisants (dipropionate d'androsténédiol)s'avèrent moins efficaces (GAUTIER).

- en l'absence de laparotomie et d'examen histologique, le diagnostic d'Endométriose reste toujours incertain,et c'est surement là un argument de la première importance (DELANNOY).

- enfin,il existe des dangers pour le foetus si une grossesse survient en cours de traitement.

L'Oestrogénothérapie

Utilisée pendant longtemps et à doses massives par HURXTHAL ARNOLD et KARNAKY en 1948 sous forme de diéthylstilboestrol, a donné de bons résultats.

Cette action des oestrogènes parait paradoxale puisque des des faibles doses provoquent une aggravation de l'Endométriose. ( Ce fait est utilisé dans le test à la folliculine).

Cette thérapeutique n'est pas utilisée en France.

L'emploi des Progestatifs.

Les effets bienfaisants de la grossesse dans l'Endométriose sont à l'origine d'expériences de pseudo-gestation chez l'animal et d'applications de progestatifs à la clinique humaine.

KISTNER a traité 12 malades par le caproate d'hydroxyprogestérone (Delalutin) ou le 17-nor-stéroïde (Enovid) associé au

diethylstilboestrol pendant 2 à 7 mois :9 malades ont présenté une guérison apparente.

ANDREWS a traité efficacement 9 malades sur I7.

SCOTT remarque I5 améliorations sur I3 malades traitées par Enovid.

Ces auteurs anglo-saxons et P.GAUTIER pensent que si les effets de ce traitement sont bons,le recul est encore insuffisant pour connaitre les résultats ultérieurs : des récidives peuvent survenir après ces pseudo-grossesses aussi bien qu'après des grossesses véritables.

Enfin ce traitement peut être dangeureux quoiqu'aucun accident n'ait été signalé.

Nous présentons une observation ( n° IV) dans laquelle l'amélioration temporaire d'un Endométriome colique au cours d'une grossesse a été observée.

## LA CASTRATION RADIOTHERAPIQUE

La dépendance de l'Endométriome à la sécrétion ovarienne justifie la castration radiothérapique et explique l'efficacité de cette méthode utilisée pour la première fois par WILLIAMSON en I923.

Si elle garde quelques indications,cette méthode est critiquée pour de nombreuses raisons (DELANNOY,MADDING).

- la stérilisation est incertaine,
- elle peut donner un coup de fouet à un foyer infectieux

pelvien.

- elle serait catastrophique si la confusion avec une tumeur maligne était faite.

On utilise une dose par champ et par séance de 200r,une dose totale de I800 à 2400 r par champ sur un étalement de deux mois environ.

Il existe une technique utilisant des doses faibles (I500 r répartis sur 3 mois) afin de réaliser une castration temporaire: une aménorrhée de quelques mois et la disparition de la tumeur endométriale ont été observées (observation de MOULONGUET).

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Chaque cas doit être étudié individuellement.

L'âge de la malade,l'aspect et le siège de l'Endométriome et la diffusion des lésions sont certainement des facteurs importants dans le choix des indications thérapeutiques.

### La castration chirurgicale

Est indiquée dans les formes graves de la maladie :diffusion des lésions menaçant les uretères,intensité des signes fonctionnels (dysménorrhée,douleurs vives ).

Dans les formes ou l'Endométriome colique est associé à une Endométriose utérine diffuse ou à un fibrome banal,l'hystérectomie sans conservation est également indiquée d'autant plus que la femme est au voisinage de la quarantaine,qu'elle ne désire pas

d'enfant et qu'une éventualité de grossesse semble définitivement écartée.

Dans notre observation V, l'Endométriose sigmoïdienne paraissait secondaire vis à vis des lésions génitales importantes (très volumineux fibrome, endométriose ovarienne bilatérale) qui justifiaient l'hystérectomie sans conservation annexielle malgré l'âge de la malade (36 ans). L'évolution a été très bonne.

Par contre, la castration est contrindiquée si les lésions génitales sont discrètes, si la malade est jeune et désire conserver ses fonctions ovariennes menstruelles et procréatrices.

La castration chirurgicale est insuffisante si la lésion colique est ancienne et scleréuse, sans doute insensible à l'arret de la fonction ovarienne.

Enfin son indication est discutée si la malade est aux approches de la ménopause.

La résection colique segmentaire isolée.

Cette intervention n'est pas mutilante et ne présente pas de particulière gravité. Elle est souhaitable :

- si la femme est jeune, stérile et désire des enfants,
- si la localisation sigmoïdienne est très importante.

On n'y associera pas d'ovariectomie si les lésuons génitales sont discrètes.

- enfin, la résection colique est pratiquée lorsque la possibilité d'une tumeur maligne ne peut être définitivement écartée.

La résection limitée de la tumeur

est une excellente solution si le diagnostic est certain et si les conditions le permettent : tumeur très limitée,non sténosante,absence de lésions endométriales génitales importantes.

Dans l'observation I cette indication a été posée par notre Maitre le docteur RENE. L'évolution a été favorable. A la deuxième année (Novembre I959) une récidive clinique a été reconnue et traitée avec succès par l'hormonothérapie mâle. Depuis,la malade régulièrement suivie est en parfaite santé.

Résection segmentaire colique ou résection limitée de la tumeur endométriale ne mettent pas à l'abri d'une récidive,mais même si celle-ci survenait,la sauvegarde de la fécondité et le maintien de l'équilibre hormonal sont des résultats positifs qui plaident en faveur de cette intervention.

Par contre,l'amputation du rectum ou l'opération de Hartman imposent à une jeune femme un anus iliaque définitif,ils ne sont jamais indiqués dans le traitement de l'Endométriome rectal.

Le traitement médical

relève de l'hormonothérapie mâle,l'Endométriome entrainant seulement des troubles légers,ne justifiant ni l'intervention ni la castration radiothérapique. Ce traitement est également indiqué si la malade refuse l'intervention ou si l'éxérèse chirurgicale a été insuffisante.

Le traitement hormonothérapique mâle ne semble pas très efficace pour les Endométriomes coliques : observation de récidive :

( subocclusion) un mois après (FUNCK-BRENTANO).Mais il peut être utilisé dans les rechutes post-opératoires.

L'utilisation de progestatifs est très récente, exceptionnelle et n'a pas été appliquée en France. Ses indications,d'après ANDREWS seraient limitées : récidives après intervention conservatrice.

La castration radiothérapique

On y recourt si la malade est au voisinage de la ménopause et si des récidives post-opératoires apparaissent. Elle bénéficie d'indications d'ordre général,insuffisance cardiaque,et d'indications locales :Endométriose étendue envahissant le petit bassin.

Son efficacité vis-à-vis de l'Endométriome colique est inconstante et si FUNCK-BRENTANO l'a utilisée avec succès,MOULONGUET par contre,a observé une disparition de la tumeur endométriale après castration temporaire.

OBSERVATION N° I

Madame R.. âgée de 40 ans consulte le 27.I.58 pour des douleurs pelviennes apparues depuis 24 heures et s'accompagnant de brûlures dans le fond du vagin ,et de pollakiurie.

Son médecin l'envoie pour "petit abcès du Douglas qui bombe la face antérieure du rectum".

Antécédents :

Deux enfants 20 et 8 ans; une fausse couche.
I956 - Mastose banale 6 ans après l'allaitement du 2ème enfant.
I.3.I957 - A été examinée pour des douleurs anales persistantes depuis quatre mois avec rectorragies.
8.3.I957 - Rectoscopie "douleurs liées à un petit nodule à quelques centimètres de l'anus,qui bombe sur la face antérieure du rectum". Traitement :sclérose d'un bourrelet hémorroïdaire.
I958 - Oxyurose traitée.

Examen

Bon état général. Pas d'asthénie ni d'amaigrissement.
Apyrexie. Téguments et muqueuses normalement colorés.
Subictère conjonctival.
Appareil digestif : ni douleurs ni vomissements.
Transit normal,pas de constipation ni de gène à la défécation.Parfois cependant rectorragies.

L'abdomen est souple,indolore.Pas de masse perceptible à la palpatuon.Foie et rate normaux.

Appareil génito-urinaire :

Signes discrets de cystite :pollakiurie et brûlures à la miction.

Règles normales,absolument pas douloureuses,régulières tous les 26 jours,durant quatre jours.

- Au T.V. :utérus un peu gros,mobile,mais paraissant fixé en arrière.Les cul-de-sac latéraux sont libres. En arrière du cul-de-sac postérieur :masse arrondie très dure, particulièrement sensible,indépendante de l'utérus.

- Au T.R. cette masse est retrouvée à bout de doigt,mais il est difficile de dire si elle est dans le rectum ou dans le Douglas.

- Au Speculum,col irrégulier,banal.

- Rectoscopie. La description du Dr. BRULE indique que la tumeur déprime fortement la paroi antérieure du rectum dont la muqueuse est strictement normale (encore qu'un peu congestive à l'endroit de la compression ).

Il s'agit donc d'une masse située soit dans le Douglas, soit dans la paroi rectale.

- Un lavement baryté ne montre alors aucune image de lésion organique colique,mais un aspect de compression extrinsèque.

Dès lors,le diagnostic d'Endométriose est suspecté. On convoque la malade après ses règles pour un nouvel examen : les

douleurs pelviennes se sont atténuées puis ont disparu,la masse n'a pas régressé au cours du cycle.

Sous anesthésie générale,T.V. et T.R. combiné permettent de la localiser parfaitement à la partie supérieure de la cloison recto-vaginale;sa consistance n'est pas celle d'un néoplasme.

Le Docteur RENE pose le diagnostic d'Endométriose recto-vaginale très vraissemblable.

L'exploration exploratrice est décidée,à la fois pour vérifier et pour traiter la lésion qui parait encore très limitée.

Compte-Rendu-Opératoire. 26.2. I958 (Dr.RENE-Dr.GAYET)

" Médiane sous-ombilicale.
" Il existe une adhérence recto-vaginale autour d'une masse gros-
" se comme une noix.On la libère du vagin.
" Elle apparait alors incluse dans la paroi rectale.On résèque
" celle-ci en losange vertical et on suture transversalement en
" un plan par points séparés au lin.
" Péritonisation au lin.Fermeture 3 plans."

Compte-Rendu-Histologique (Dr. GOUYGOU)

" Le fragment examiné renferme un grand nombre de formations tu-
" bulaires entourées de chorion cytogène et qui caractérisent d'
" une manière absolue un Endométriome de la paroi rectale.Cette
" Endométriose siège dans la musculeuse et la sous-séreuse,ainsi
" qu'on le constate habituellement pour les lésions de ce type.
" Elle est fonctionnelle ainsi qu'en témoigne la présence denom-
"breuses poussées hémorragiques,les unes anciennes,les autres

"plus ou moins récentes.
"L'ensemble ne présente aucun caractère histologique de malignité".

Suites opératoires simples.
Revue 6 mois après en bonne santé.
Une rectoscopie montre une petite bride transversale sur la face antérieure de l'ampoule rectale surplombant une zone un peu déprimée où la muqueuse est un peu fragile.Rectoscopie normale jusqu'à 25 cms.

En Novembre I958 traitée pour vaginite à Trichomonas.
L'examen est normal.

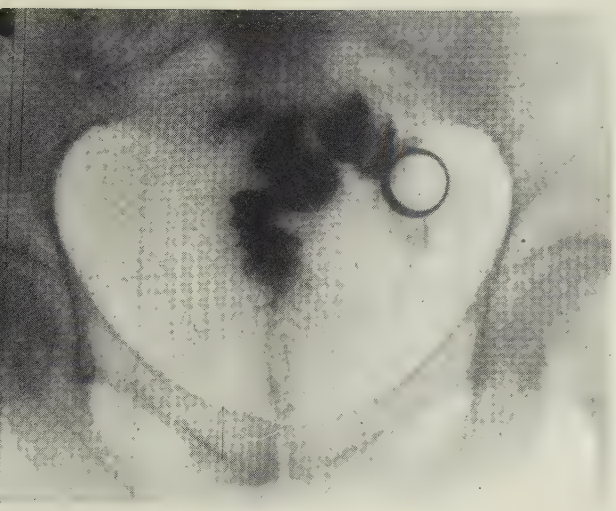
Suites opératoires et lointaines

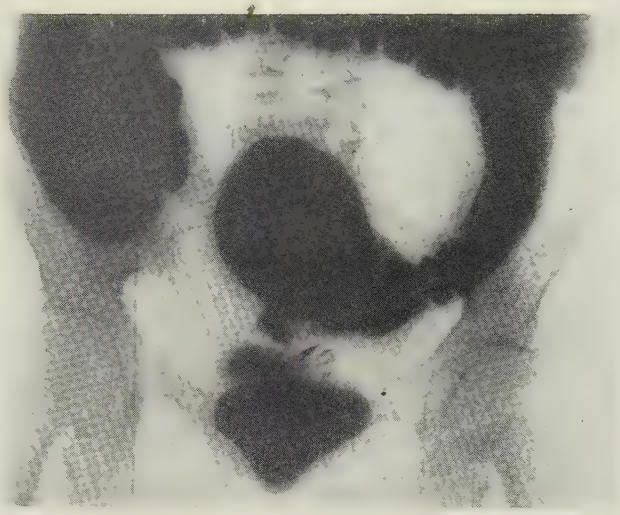
Pendant près de deux ans après l'intervention,la malade va très bien.

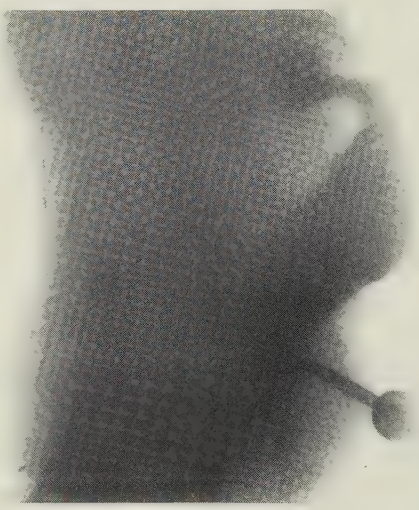
Mais en Novembre I959,à l'occasion des règles,a présenté des douleurs anales sans rectorragies.
A l'examen,utérus normal,mais il existe un épaississement assez curieux de la cloison recto-vaginale très bas (très loin de la région ou siégeait le nodule précédent).. C'est une induration sensible.
Au Spéculum,sur la paroi postérieure du vagin,il existe une masse sensiblement de la taille d'une noix.
Cliniquement,on a l'impression d'une récidive d'Endométriose.
Mise au traitement hormonal mâle.Revue le mois suivant,l'examen retrouve une masse notablement diminuée de volume,de consistance fibreuse,cicatricielle.
Une endoscopie rectale est pratiquée le lendemain des règles, le 2.I2.I959 (DR.VILOTTE) :

" Au niveau de la face postérieure de l'ampoule rectale, la mu-
" queuse est saine, très légérement fragile et saignotante à un
" contact appuyé; (par ailleurs la rectoscopie est normale jus-
" qu'à 20 cms)".

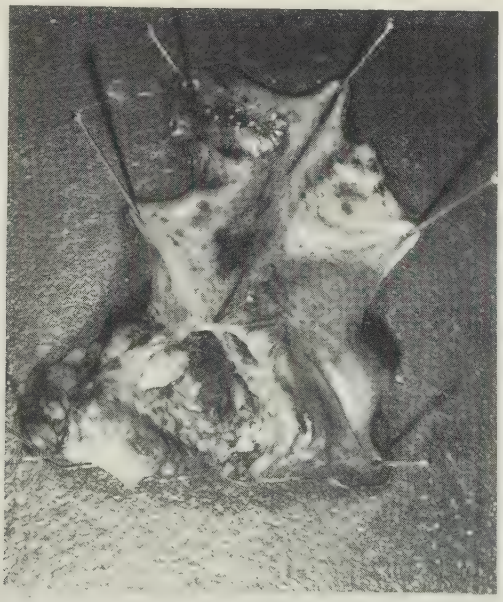
En Janvier I96I, va bien, ne présente plus de lésion percep-
tible au T.V. et T.R.







Lavement baryté : On ne remarque pas de lésion organique colique mais un aspect de compression extrinsèque.



Photogra[illegible]e de la pièce opératoire (Tumorectomie). On remarque la résection en losange de la paroi rectale, la Tumeur en bas, la muqueuse saine en haut.

OBSERVATION N° II

Cette religieuse âgée de 44 ans entre dans le service le 28 . 2.I955 pour des métrorragies depuis quelques semaines.

On ne note aucun antécédent pathologique particulier.

A l'examen, il existe :

une masse rétro-utérine et un kyste de l'ovaire gauche.

Compte-Rendu-Opératoire 2.3. I955 (Dr. RENE ).

" Médiane sous-ombilicale.
" Il existe un kyste hématique de l'ovaire gauche adhérent au
" rectum et à la paroi latérale en plus un myome de la corne gau-
"che que l'on sentait bien au T.R. et de petits éléments diffus
" d'Endométriose pelvienne au niveau de la face postérieure de
" l'utérus.
" Hystérectomie subtotale avec ablation des annexes ".

Examen Histologique. (Dr. GOUYGOU) 3.3.I955

L'étude histologique de l'utérus et du kyste hématique de l' ovaire :

" L'étude du myome montre qu'il s'agit en réalité d'une intrica-
"tion d'une Endométriose et d'un myome.Cette Endométriose est dif-
"fuse,formée par de petits ilôts,dont certains sont fonctionnels,
"disséminés dans la prolifération myomateuse plexiforme.
"Le kyste hématique de l'ovaire n'a pas de revètement;il est bor-
"dé par une coque scléreuse dans laquelle on trouve des vaisseaux

"congestifs.La trompe est subnormale.On peut conclure à un un kys-
"te folliculaire à contenu hémorragique.
"Le polype endo-utérin est de type endométrial.Les nodosités de la
"face postérieure sont des foyers d'Endométriose pariétale.
"L'ensemble ne présente aucun caractère de malignité ".

Suites opératoires simples.

Est revue plusieurs fois en excellente santé.

OBSERVATION N° III

Melle C. âgée de 46 ans,aveugle et sourde,arriérée mentale est adressée dans le service le I8 Octobre I955 pour des méno-métrorragies abondantes.

Il est extrèmement difficile de préciser l'ancienneté et la progression des troubles ,en raison de l'état mental.

A l'examen,

Chez cette malade vierge,on décèle une énorme masse abdominale,probablement un fibrome abdominal à développement sus-ombilical.

Malgré le terrain particulier,l'importance des méno-métrorragies et la taille de la tumeur font décider l'intervention.

En dehors des troubles précités,l'examen général est normal : en particulier,il ne semble pas exister de troubles rectaux.

Compte-Rendu-Opératoire 26.IO.I955 (Dr. BLONDEAU )

" Médiane sous et para-ombilicale.
" Il existe effectivement un énorme fibrome,qui même extériorisé
" rend l'exérèse difficile par son volume.
" Hystérectomie totale avec ablation des annexes.
" On s'apperçoit alors qu'il existe à la jonction recto-sigmoï-
" dienne,une tumeur très dure,infiltrant toute la paroi,avec une
" ombilication très accentuée sur la face externe visible. L'as-
"pect est typiquement celui d'un néoplasme.
" Pas d'adénopathies,pas de noyau hépatique perceptible.

" En raison de l'absence de préparation intestinale,on décide de
" s'en tenir à une exérèse sans rétablissement de la continuité.
" On pratique donc une opération de Hartman,facile malgré une
" certaine adhérence du côté de l'uretère droit.
" Anus terminal sur le sigmoïde sorti par une contrincision ili-
" aque gauche.
" Du fait de la déshabitation du petit bassin et des modifica-
" tions anatomiques vésicales dues à la taille même du fibrome,
" la vessie retombe dans la concavité sacrée et la tapisse lit-
" téralement. Péritonisation. Antibiotiques dans la loge qui sera
" drainée par le drain vaginal. Fermeture en deux plans ".

Examen macroscopique de la pièce.

Fibrome banal.

La lésion sigmoïdienne n'ulcère pas la muqueuse mais la refoule.Cette lésion qui infiltre et épaissit la séreuse et la musculeuse est dure à la coupe.

La tranche de section est d'aspect fibreux,blanc-jaunâtre,sans formations kystiques ou hématiques visibles.

Examen anatomo-pathologique 3.II.1955 (Dr. GOUYGOU )

" L'étude anatomique montre qu'il s'agit d'une Endométriose pa-
" riétale,disposée en petits nodules disséminés dans la musculeu-
" se et dans la sous-séreuse,tandis que la sous-muqueuse est à
" peu près indemne,sauf au contact de la musculaire muqueuse. La
" plupart des formations tubulaires qui constituent ces nodules
" sont entourées d'une atmosphère de chorion cytogène caractéris-
" tique.
" L'ensemble ne renferme aucun signe néoplasique ".

Devant ce résultat histologique,on décide de rétablir la continuité bien que le T.R. atteignant après quelques centimètres le fond de l'ampoule laisse prévoir une opération difficile.

Compte-Rendu-Opératoire I4.I2.I955,45 jours après la première intervention.

" Incision oblique gauche désunissant l'anus iliaque gauche.
" Le petit bassin apparait d'emblée rempli par la vessie qui re-
" joint le sacrum. Dissection lente et pénible.Les deux uretères
" sont repérés et suivis jusqu'à la vessie.Il existe une adhérence
" vesico-sacrée intense qui ne permet de progresser que très len-
" tement et très malaisément.Après deux heures d'effort,on ne par-
"vient même pas à dégager le moignon vaginal. Etant donné les dan-
" gers que court la vessie à ce niveau,on pense plus sage de re-
" noncer à une dissection qui ne pourrait certainement dégager un
" rectum utilisable au fond de ce moignon compact.Dans ces condi-
" tions,péritonisation sur un drain pelvien,recoupe du colon,nou-
" vel anus terminal ".

Suites opératoires :

Rétablissement difficile du transit :aspiration nécéssaire pendant 5 jours. Sort apyrétique au 2I ème jour.

I4 mois plus tard,le 23.2.I957,nouvelle tentative de rétablissement de la continuité colo-rectale.

Compte-Rendu-Opératoire (Dr. BLONDEAU )

" Médiane sous-ombilicale.Très nombreuses adhérences iléales
" autour des cicatrices de laparotomie et de l'anus iliaque gauche.

" Repérage des deux uretères qui ne sont pas dilatés.En rasant
" le sacrum on parvient à trouver un plan de clivage qu'on peut
" au prix de grandes difficultés approfondir peu à peu. Finale-
" ment on dispose d'un puits qui conduit jusqu'au coccyx. Ouver-
" ture du rectum;on décide d'utiliser cet orifice rectal pour y
" descendre le colon.Désinsertion de l'anus iliaque gauche. Le
" colon est descendu dans le bassin,passé à travers la brèche
" rectale et extériorisé sur environ IO cms. En fin d'interven-
" tion il semble bien vascularisé.
" Péritonisation difficile au niveau du flanc gauche.Deux drains.
" Fermeture en I plan nylon. Durée 5 heures.

22.3.I957.

Occlusion aigüe du grèle : réintervention.

La malade sort du service six semaines après.Elle a retrouvé un transit intestinal normal,avec un sphincter fonctionnant de façon satisfaisante.

Juin I957.

Bougirage de l'anastomose qui s'est rétrécie.

Est revue en bonne santé en I959 et I960.

OBSERVATION N° IV

Mme H... âgée de 3I ans est admise dans le service le 8 Octobre I955 pour des ménorragies abondantes.

Quelques jours auparavant elle a subi une hysterographie dans un hopital parisien où elle avait consulté pour dysménorrhée et ménorragies.

Antécédents

Premières règles à I4 ans I/2
I943 Syphilis primaire,à l'âge de I9 ans,correctement traitée
I946 Fausse couche.
Deux accouchements normaux en I947 et I949
Depuis plusieurs années se plaint de dysménorrhée et dyspareunie.
En Janvier I952,à ces troubles sont associés des douleurs à la défécation. L'examen retrouve une "rétroversion utérine douloureuse ".
Décembre I952, dysménorrhée surtout,avec céphalées et vomissements.Une exocervicite est à ce moment traitée avec succès par une électrocoagulation. L'examen est par ailleurs normal.
Avril I953. Dysménorrhée persistante. Rien à l'examen clinique. La malade recoit I5 séances de diathermie.

A son entrée dans le service

La malade présente des ménorragies abondantes avec caillots,

une dysménorrhée discrète.

A l'examen, l'utérus apparait gros,de consistance dure, sur sa face postérieure est perçue une masse,fixée,dépendante ,dure et douloureuse.

Chez cette malade régulièrement réglée tous les 24 jours, sans aucun retard récent,ce qui justifiait l'hystérographie pratiquée quelques jours auparavant,on décide une intervention exploratrice.

Compte-Rendu-Opératoire I4.IO.I955 (Dr. RENE )

" Médiane sous-ombilicale.
" Il existe un utérus vraisemblablement gravide et un kyste de
" l'ovaire droit hémorragique contenant 500cc de liquide chocolat.
" Le kyste de l'ovaire est adhérent à la face postérieure du li-
" gament large :de plus,existent deux petits nodules bleutés au
" niveau des ligaments utéro-sacrés qui évoquent le diagnostic
" d'Endométriose. Pas de lésion pariétale évidente du recto-sig-
" moïde ".

Suites opératoires normales. Sort le I8ème jour.

Il faut noter que malgré l'hystérographie et quelques jours après,l'ablation chirurgicale d'un gros kyste ovarien hémorragique,la grossesse a été menée à terme normalement.

Trois ans plus tard,en I958,crise abdominale aigüe,avec constipation et vomissements.Ventre douloureux mais souple.Guérison rapide.

En Juin I960,adréssée dans le service pour "Appendicite aigüe"

douleurs abdominales prédominant à droite,vomissements.

A l'examen,douleur vague,diffuse,
petit utérus en avant,
à droite,rien à signaler,
à gauche,petite masse douloureuse (gros ovaire ?)

Un lavement baryté est alors pratiqué. Le Docteur CALDERON note un aspect fistuleux du colon pelvien et porte le diagnostic d'Endométriose colique.

La malade sort de l'hopital et est convoquée quelques mois plus tard pour de nouveaux examens radiologiques.

Elle est examinée à nouveau le 7.IO.I960 pour douleurs abdominales vagues;la masse latéro-utérine gauche a disparu,le T.R. est normal.

Devant l'absence de signes physiques,on préfère s'abstenir au point de vue chirurgical.

OBSERVATION N° V

Mme P... âgée de 36 ans est admise dans le service le 6.7.I960 pour des méno-métrorragies.

L'histoire de la maladie se résume à l'apparition depuis quelques mois de méno-métrorragies très abondantes ces dernières semaines.

La malade présente parallèlement quelques pesanteurs pelviennes vagues.

Dans le passé,elle était réglée normalement,sans dysménorrhée,ni dyspareunie.

A l'examen,

Bon état général,

anémie discrète,

au T.V. on décèle un très volumineux fibrome sur la face postérieure de l'utérus un gros myome,

au spéculum,un col irrégulier mais au colposcope,il n'y a rien de suspect.

Compte-Rendu-Opératoire II.7.I960

" Très volumineux fibrome associé à une Endométriose du péritoine pelvien et du sigmoïde. On remarque de petits noyaux bleutés diffus absolument typiques sur le sigmoïde,siégeant sous la séreuse.

Hysterectomie totale sans conservation des ovaires qui sont très volumineux et anormaux.

Péritonisation,paroi en trois plans. "

Suites opératoires normales. Sort le I5 ème jour.

Compte-Rendu-Histologique (Dr. GOUYGOU )

"L'étude histologique montre la présence d'une Endométriose ovarienne diffuse,très étendue et très polymorphe réalisant d'une part de multiples foyers superficiels formant une membrane discontinue et mélés à des calcosphérites,et d'autre part des foyers interstitiels plus profonds dont certains sont assez volumineux voire kystiques.

Tous les prélévements ovariens sont intéressés par ce processus. Par contre,tous les prélevements tubaires sont indemnes.

L'ensemble ne renferme aucune image néoplasique".

Quant à l'utérus,il est le siège d'un fibrome volumineux et banal.

La malade est revue deux fois dans l'année. Elle se porte très bien.Ne présente aucun trouble,notamment d'ordre colique pas de constipation,ni d'hémorragie intestinale.

OBS. V

Photographie per-opératoire du colon sigmoïde : on remarque les petits noyaux sombres siègeant sous la séreuse.

OBSERVATION N° VI

Mme D... âgée de 47 ans entre dans le service le I9.I.I956 pour des métrorragies.

Elle présente depuis quelques semaines des pertes fétides, et des métrorragies abondantes avec caillots,parfois provoquées.

Antécédents

I936 Pleurésie séro-fibrineuse

I954 Appendicectomie

3 enfants,dont des jumeaux,

Réglée toujours normalement.Pas de dysménorrhée,ni de dyspareunie.

Compte-Rendu-Opératoire le 20.I.I956

" Il existe un myome sous-séreux de la taille d'une mandarine et
" un petit polype sous-muqueux qui saigne.
" Hystérectomie totale avec ablation des annexes.
" Il est à noter qu'il existe manifestement un tout petit noyau
" d'Endométriose sigmoïdienne adhérent à la trompe gauche qu'on
" libère facilement et qui doit se cicatriser facilement."

Suites opératoires extrèmement simples (mise aux anticoagulants étant donné l'importance des varices).

Traitement par Stérandryl,car est castrée lors de l'intervention.

Le 30.6.I956,la malade est revue pour des rectorragies

survenues depuis I5 jours. Il s'agit d'hémorragies de sang rouge accompagnées d'impression de tension abdominale.

L'examen,notemment le T.R. est normal.

La rectoscopie pratiquée à deux reprises ne décèle aucune lésion.

Le lavement baryté est normal.

L'année suivante,la malade est revue en excellente santé,ne présentant pas de troubles coliques. L'examen est normal.

Nous rapportons ainsi 6 nouvelles observations d'Endométrioses rectales ou sigmoïdiennes recueillies dans le service de notre Maitre le docteur RENE à l'hopital de la Croix-Saint-Simon.

L'observation I :Endométriome de la paroi rectale chez une femme de 40 ans est interessante pour plusieurs raisons: la malade est mère de deux enfants;le diagnostic fut porté avant l'intervention sur les signes cliniques rectaux et sur les renseignements de la radio et du lavement baryté. Un nouvel examen après les règles a confirmé le diagnostic.Seul un doute persistait sur le siège exact de l'Endométriome intra-rectal ou recto-vaginal.

L'intervention pratiquée fut une tumorectomie limitée: l'absence de lésions génitales permit une conservation ovarienne. Les suites furent très bonnes pendant deux ans.A cette date survint une récidive nécessitant un traitement hormonal mâle qui s'est avéré très efficace (il faut noter que cette récidive fut suspectée sur les signes cliniques et endoscopiques,mais qu'elle ne reçut pas de confirmation histologique).

Dans l'observation II,il s'agit d'un Endométriome découvert au cours d'une intervention décidée pour une affection gynécologique :masse rétro-utérine et kyste de l'ovaire gauche. Il n'y avait aucun signe clinique digestif. L'exploration chirurgicale a trouvé un kyste hémorragique de l'ovaire gauche et des éléments diffus d'Endométriose pelvienne au niveau de la face postérieure de l'utérus et de la face antérieure du rectum.

L'intéret est d'ordre thérapeutique :le traitement de la lésion gynécologique (hystérectomie avec ablation des annexes) a suffi à guérir les lésions rectales.

Il nous semble que l'observation III soit particulièrement instructive et digne d'intéret.Elle relate la confusion d'un Endométriome recto-sigmoïdien avec un néoplasme. Le hasard a réuni ici un ensemble de difficultés diagnostiques apparemment insurmontables:

- la malade était sourde et arriérée mentale,ceci rendant toute anamnèse impossible;
- la lésion était inaccessible au doigt rectal;aucun signe digestif n'étant retrouvé à l'examen,aucun n'étant signalé par l'entourage,ni l'examen radiographique ni l'endoscopie n'ont été pratiqués.
- c'est à l'occasion d'une intervention pour un énorme fibrome banal par ailleurs,que l'on découvrit une tumeur recto-sigmoïdienne dont l'aspect était celui d'un néoplasme ;
- enfin,il n'existait aucun signe macroscopique d'Endométriose génitale.

Le colon n'étant pas préparé,on pratiqua après l'hystérectomie sans conservation,une opération de Hartman.C'est seulement l'examen histologique qui redressa l'erreur.

De quels moyens disposait-on pour éviter l'erreur malgré tant de conditions déroutantes ?

Cliniquement il n'en existait pas.En cours d'intervention, seule,pratiquement la rectotomie d'exploration aurait pu faire douter de la nature maligne de la tumeur en révélant l'intégrité

de la muqueuse.

L'observation IV présente d'une malade chez laquelle au cours d'une intervention pour kyste de l'ovaire,on découvrit une Endométriose génitale. Cette malade était enceinte de quelques semaines et a mené à terme sa grossesse en dépit de l'ablation chirurgicale d'un gros kyste ovarien (550cc).

Trois ans après,un Endométriome sigmoïdien révélé par un syndrome pseudo-appendiculaire fut reconnu par l'examen radiologique.

Il est extrèmement interessant de noter que l'interrogatoire de la malade avant son intervention de I955 avait retrouvé outre une dysménorrhée marquée,des douleurs à la défécation (I952) Existait-il déjà un Endométriome colique dès I952 ?
En I955 au cours de l'intervention aucune lésion pariétale évidente du recto-sigmoïde n'avait été remarquée.

La grossesse a-t-elle fait régresser temporairement la localisation endométriale colique ? L'influence favorable de la gestation sur l'Endométriose a été remarquée quelques fois.

L'observation V est celle d'une Endométriose sigmoïdienne épiphénomène,diagnostiquée au cours d'une intervention pour un fibrome :le volume de ce dernier et les lésions ovariennes d'Endométriose justifiaient la castration chirurgicale qui a entrainé une guérison de l'Endométriose colique.Cette femme était la seule mariée sans enfants.

L'observation VI se rapproche de la précédente : cette femme ayant eu 3 enfants était porteuse d'une Endométriose sigmoïdienne sans traduction clinique, découverte au cours d'une hystérectomie pour fibrome et traitée par castration chirurgicale.

# C O N C L U S I O N S

L'Endométriose rectale et sigmoïdienne est une affection rare,atteignant la femme de la quarantaine,dont la pathogénie suscite encore de nombreuses discussions.

Des difficultés multiples se retrouvent à toutes les étapes du diagbostic de cette maladie bénigne qui simule le cancer recto-sigmoïdien.

L'analyse des observations que nous avons lues a permis de remarquer que l'affection n'est souvent reconnue qu'au cours de l'intervention décidée pour un diagnostic erronné. Fréquemment aussi,ce n'est que l'examen histologique de la pièce opératoire qui révèle la nature endométriale de la tumeur.

L'étude clinique montre que la coexistence de signes coliques,témoins de la tumeur intestinale,et de signes gynécologiques en rapport avec une Endométriose génitale est fréquente. Cette association représente un des meilleurs arguments cliniques,avec l'apparition ou l'éxagération des troubles au moment de la période menstruelle. Cette recrudescence cataméniale n'est reconnue que par un interrogatoire soigneux :parfois même ce n'est que par une anamnèse retrospective,postérieure à l'intervention que ce signe pratiquement constant est retrouvé.

La recto-sigmoïdoscopie donne des renseignements très utiles au moment des règles :elle montre le siège sous-muqueux de la

tumeur,et l'absence d'ulcération qui met en doute sa nature maligne;elle permet la biopsie.Cet examen pouvant éviter à la malade une intervention grave et mutilante,on comprend qu'il doive être pratiqué systématiquement devant toute tumeur rectale chez une femme en période d'activité génitale.Pour une de nos malades la rectoscopie fut particulièrement utile.

L'examen radiologique révèle un rétrecissement dont la nature endométriale est suspectée sur l'intégrité de la muqueuse et la conservation des plis.

Reconnaitre l'affection avant l'intervention est souvent malaisé.On rencontre également de nombreuses difficultés per-opératoires.En l'absence de localisation génitale associée,l'Endométriome colique sera pris pour un néoplasme. Seule la recto ou sigmoïdotomie d'exploration,malgré ses risques permettrait de constater que la muqueuse est intacte.Elle est rarement pratiquée.

Au contraire,si la tumeur colique s'intègre dans un tableau d'Endométriose diffuse,la présence de lésions caractéristiques :en particulier le kyste goudron de l'ovaire gauche,les taches hémorragiques au niveau du cul-de-sac de Douglas sont de grand secours.

Les diverses indications thérapeutiques dépendent de multiples facteurs :les hésitations ou la certitude d'un diagnostic, l'âge de la malade et son désir de maternité,les conditions locales offertes au chirurgien :aspect de la tumeur colique,diffusion des lésions.

Le pourcentage élevé de malades stériles et la régression habituelle de la tumeur après castration sont autant d'arguments classiques en faveur de la suppression de la fonction ovarienne.

Cependant des statistiques récentes (dans nos observations nous relevons un taux de fécondité satisfaisant) montrent que l'Endométriose ne va pas obligatoirement de pair avec la stérilité ce qui peut justifier une attitude chirurgicale conservatrice.

La résection segmentaire colique isolée, suivie d'un rétablissement immédiat de la continuité intestinale est une intervention bien supportée. Si elle n'empêche pas la survenue de récidives (la sécrétion ovarienne persistant) elle permet par contre à une jeune femme l'espoir de maternité.

VU,LE DOYEN,Mr. Léon BINET,

VU,Mr. Le Professeur J-L. LORTAT-JACOB,

Président de Thèse,

VU et Permis d'imprimer,

Le RECTEUR DE L'ACADEMIE DE PARIS,

Mr. Jean ROCHE.

# BIBLIOGRAPHIE


- BAZY L. ,BLONDIN S. ,CHENE P.

  Sur la clinique et l'intéret de l'Endométriose du rectum.
  P.Méd. 24 Mai I939.

- BENSAUDE R.

  Rectoscopie sigmoïdoscopie, 3ème Edition.

- BENZ BJ. ,DOCKERTY MB. ,DIXON CP.

  Endométriome polypoïde du colon.
  Proceedings of the Staff Meetings Mayo Clinic.
  7-5-I952,pp20I.

- BERARD et CROIZAT

  Endométriome du sigmoïde
  Lyon Chirurg. t.25 I930 pp 636

- BERGERET et RACHET

  Endométriome du colon sigmoïde
  Mem.Ac.Chirurg. t.65 26 Juin I939

- BIEBL

  Adénomyome de l'intestin.

  Virchows Archiv für pathol. anat.und physiol. und für
  klin.med. Mars I937 pp 7I.

- BLUM et HURTER

  Endométriome recto-sigmoïdien à type néoplasique.
  Lyon Chirurg. t.44 I949 pp 63

- BOLES et HODES PJ.

  Endométriose du grèle et du colon
  Gastro enterology I958 pp 367

- BROCQ et VARANGOT

  Les Endométriomes
  48 ème Congrès Franc. de Chirurgie. I939 et I945.

- CARCASSONNE et MATHIEU

Endométriome du colon sigmoïde
Marseille chirurg. I9 Janv. I953 pp I59

- COLCOCK et LAMPHIER

Endométriose du colon et du grèle
Surg. (St.Louis) Déc. I950 vol.28 pp 997

- COLIN BOURGEAULT

A propos de deux cas d'Endométriose intestinale
Thèse Méd. Paris I958 n° 2I4.

- COTTE MATHIEU et GUILLEMIN

259 cas d'Endométriose
Revue FR. Gyn. Obst. I946 t.4I ppI6.

- DELANNOY

Les Endométriomes.Diagnostic opératoire et Traitement
48ème Congrès Fr. de Chirurgie I939 et I945

- DELANNOY et PATOIR

A propos de l'Endométriose du colon sigmoïde
Mem.Ac.Chirurg. Séance 27 Juin I956 pp 667

- DOUAY E.

3 observations d'Endométriose avec localisation sur le sigmoïde.
Mém.AC.Chirurg. t.67 AvrilI94I pp266

- FIELD MEYER et SUTER ERNST

Endométriose de l'intestin grèle et du colon
Schweitzerische médizinische Wochenschrift,2I-4-I945pp338

- FINSTERER

Endométriome du colon pelvien
Wiener medizinische wochenschrift,24 Oct.I942,n°43
Die chirurgie des Dickdarms pp 278,ed. Mandrich.

- FUNCK-BRENTANO

Endométriome du colon sigmoïde
Mem.Ac.Chir. Séance 30 Mai I956 t.82.

Bulletin Féd. des Soc.Gyn.Obst. Langue Franc.
Déc I956 pp 598

- GAUTIER P.

A propos de l'Endométriose
Ann. Chirur. I96I,vol.I5,n°7-8 pp 44I-45I.

- GOVERNALE SF. ,et FIORETTI CA.

Endométriose du colon et traitement
Review of Gastro-enterology,vol.20 Juil.I953 pp 5I0

- Mc GUFF et DOCKERTY,WAUGH RANDAL,

Endométriose cause d'occlusion intestinale
Sur.Gyn.Obst. vol.86 Mars I948 pp 273-288

- GUIAS ,MINET ,DUPERRAT

Endométriose de la jonction recto-sigmoïde ayant simulé un néoplasme.
Paris Médical 7 Octobre I946.

- GUIBERT , DROUET

A propos d'un cas d'Endométriose rectale chez une parétique. Etude histopathologique et considérations cliniques.
P. Méd. 2I Mai I958

- HAWTHORNE

Endométriose et cancer rectosigmoïdien
Ann Jour. of Gyn. vol. 62 Aout I95I

- HERBUT PA.

Gynecological and Obstetrical pathology pp 276

- HOUEL

Endométriose

Enc. Méd. Chirurg.

- JAYLE F.

Le solénome de l'intestin
Rev.Franc.Gyn.Obst.Péd. Aout I927 pp 365.

- KONJETZNY

Endométriose du colon
Der Chirurg IerMai I935 pp 279

- KORN GW et SAVAGE FT

The British Jour.Surg. Vol. 44n°I88 Mai I957 pp 588-59I

- KRATZER GI,SALVATI MP

Revue d'ensemble de l'Endométriose du colon
Ann. Jour Surg. I955 pp866.

- LENZI et CAVASSINI
Laparoscopie.

- LORTAT-JACOB JL. , RENE L.

A propos de 4 observations inédites de tumeurs du grèle
Gaz.Méd.France I949 pp 43I-433.

- MADDING FF. SPENCER RM.

Endométriose sigmoïdienne
Am.Jour.Surg. Janv.I954 ppI33-I38

- MATRY

Un cas d'Endométriose du colon sigmoïde
Mém.Ac.Chirur. 28 Mai I930 pp7I2

- MAYO CW et MILIER

Endométriose du sigmoïde et du rectum
Surg.Gyn.Obst. T. 70 Fév.I940 pp I36

- MOULONGUET P.

Essai de traitement hormonal de l'Endométriose
Gyn. et Obst. t. 4I pp I87-I94

- OEHLECKER

Endométriose du sigmoïde
Zentralblatt für Chirurgie I4 Mai I932 pp I2I2

- OKINCZYC

3 cas de tumeur bénigne du colon pelvien
Mem. Ac. Chir. 26 Fév. I936 pp 27I

- PAPIN

Endométriome sténosant de l'anse sigmoïde
Mém. Ac. Chir. 22 Mars I939 pp 4I8

- PICOT

Occlusion intestinale par Endométriome du colon pelvien
chez une femme de 73 ans.
Mém. Ac. Chir. 7 Déc. I949 pp 8I4

- ROUX M. et CARCASSONNE F.
Les cancers du colon
Ed. Masson pp 262

- SANTY

Endométriose de la jonction recto-sigmoïdienne
Lyon Chir. Nov. I945 pp 758

- SARLIN , FARISON , DOUBLIER
Endométriome di sigmoïde et Endométriose
Mém. Ac. Chir. Séance Ier Juil. I959

- SCHEFIELD et BACON
Endométriose du rectum et du sigmoïde
Annals of Surgery I938 pp I022

- SEILLE G.
Endométriose du colon sigmoïde
Mém. Ac. Chir. 26 Mars I94I pp 245

- SUTLER
Endométriose intestinale
Surgery (St.Louis) Oct. I947

- TRAGIT R.
Contribution à l'étude des Endométriomes recto-sigmoïdiens.
Th. Méd. Paris I954 n° 420

- TREMEAU B.
Endométriose du colon sigmoïde.A propos de 2 cas.
Th. Méd. Paris I959 n° I04

- TRIDENDI V.
Minerva Chirurgica vol.I3,n°I2 30-6-I958 pp 72I-725

- WACHS CS. WEBER LL. SCHODOFF RJ.
Endométriose intestinale simulant le cancer
Amer.Jour.Obst.Gyn t.66 I953 pp I345

- WEITI
Chirurgie du colon
Ed. Masson

- WHITE
Occlusion aigüe simultanée du colon et de l'iléon terminal d'étiologie endométriale.
Surgery Janv. I954.

AGEMP
POLYCOPIE
8, rue Dante
PARIS-V•
Téléphone : ODÉon 58-90